DE L'ÉNUCLÉATION

DANS LE

TRAITEMENT DU GOITRE

PAR

Le Dr A. REVERDIN

Professeur à la Faculté de médecine de Genève

AVEC FIGURES DANS LE TEXTE
ET 8 PLANCHES EN PHOTOTYPIE HORS TEXTE

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1892

A MON VÉNÉRÉ MAITRE

CARL VOGT

Permettez à votre ancien élève de vous dédier ces quelques pages chirurgicales.

Veuillez les accepter comme un faible témoignage de mon profond attachement.

AUGUSTE REVERDIN.

DE L'ÉNUCLÉATION DANS LE TRAITEMENT DU GOITRE

Trop apparent pour passer inaperçu, trop dangereux, souvent, pour être négligé, le goitre a de tout temps exercé la sagacité des médecins et des chirurgiens; les traitements les plus variés ont vu le jour, quelques-uns n'eurent qu'une heure de vogue, d'autres plus efficaces jouissent encore d'un certain crédit.

Notre intention n'est point de passer en revue tous ces moyens thérapeutiques; remarquons simplement que c'était à la porte du médecin, surtout, qu'on allait frapper; on savait les dangers du couteau! — Les chirurgiens du plus grand mérite reculèrent longtemps devant l'opération, la condamnant même, sans appel.

De temps à autre, cependant, une nouvelle tentative faisait quelque bruit. Était-elle heureuse? on approuvait en hochant la tête! Était-elle fatale? on traitait l'audacieux d'imprudent, voire même de criminel!

Comme l'ovariotomie, à son aurore, l'extirpation du goitre fut taxée par les autorités les plus compétentes, de témérité chirurgicale et rejetée de la pratique. — Cette apparente défaite de la chirurgie ne devait pas rester sans revanche.

L'Allemagne, l'Angleterre, la Suisse reprirent peu à peu courage sous la bienfaisante influence de l'antisepsie. On demanda bientôt à notre art, affermi par les conquêtes modernes, ce qu'il pouvait donner. Il répondit par des succès.

Non seulement les cas de survie se multiplièrent, mais les réunions par première intention devinrent pour ainsi dire la règle. Comme j'ai eu le bonheur de débuter au moment de cette renaissance d'un nouveau genre, j'ai pu entrer en ligne à mon tour, et contribuer pour ma faible part au développement de la question.

En 1883 je publiai avec la précieuse collaboration du Prof. J.-L.

Reverdin 22 observations de thyroïdectomie suivies de remarques.

La plus intéressante de celles-ci a trait au développement d'accidents post-opératoires de nature spéciale.

Le Prof. J.-L. Reverdin avait déjà attiré l'attention de la Société de médecine de Genève, dans sa séance du 13 septembre 1882, sur ces faits nouveaux, comme cela se trouve consigné dans une note de la *Revue médicale de la Suisse romande*, 1882, p. 539.

C'est à l'ensemble de ces accidents, consécutifs à l'extirpation totale de la thyroïde, que nous avons donné le nom de *Myxœdème opératoire*. Si j'insiste sur ce fait, c'est qu'il a son importance, car *plus tard, en avril 1883*, au congrès des chirurgiens allemands, le Prof. Kocher de Berne présenta, sous le titre de cachexie strumiprive, l'ensemble de symptômes déjà nettement signalés.

A la faveur de cette terminologie, le Prof. Kocher passe, dans certains milieux, pour avoir découvert l'état pathologique dont il s'agit. Il n'en est rien, ces faits étaient connus et dûment inscrits dans les procès-verbaux de la Société de médecine de Genève dès le mois de septembre 1882 et publiés dans le numéro d'octobre 1882 de la *Revue médicale de la Suisse romande*. Ceci dit pour la bonne justice.

Remarquons que, si en France la thyroïdectomie n'a pas rapidement acquis la vogue qu'elle obtenait dans les pays voisins, cela tient à deux causes principales, à la fréquence plus grande du goitre en Allemagne et en Suisse, et à la résistance qu'opposa trop longtemps la France à la méthode antiseptique.

Depuis lors, les choses ont bien changé! Le temps perdu a été largement rattrapé, et la première raison : rareté relative du goitre, est la seule qui permette encore quelque disproportion dans les statistiques des divers centres chirurgicaux d'Europe.

Le goitre est très commun en Suisse; les cantons de Berne et du Valais sont spécialement favorisés sous ce rapport; quant à celui de Genève, et aux parties voisines de la Savoie et du département de l'Ain, ils sont loin d'être à l'abri de l'affection thyroïdienne.

Les femmes surtout y paraissent prédisposées.

Elles appellent cela : « *avoir le gros cou* » ou encore : « *les nerfs gonflés* ».

Peu importe cette désignation toute locale; l'important, c'est que l'affection soit fréquente, que nous puissions l'étudier, et surtout la guérir.

Il nous arrive donc souvent d'être consultés pour des hypertrophies du corps thyroïde de diverses natures.

Autrefois, je prescrivais volontiers l'eau de Challes, et je n'en saurais mal dire, au contraire.

J'ai constaté assez souvent son action favorable, mais son administration n'est pas toujours commode, les malades se lassent d'avaler cette eau de goût fort désagréable, ce qui fait que pour ces raisons, et d'autres encore, j'ai peu à peu abandonné cette thérapeutique aqueuse pour lui préférer l'usage de l'iodoforme à l'intérieur sous forme de pilules :

Iodoforme..................	2	grammes.
Extrait d'absinthe Q. S. pour	30	pilules.
Ḋ. S........................	3	pilules par jour.

Si ce médicament est bien supporté, ce qui est la règle, l'ordonnance est répétée une ou plusieurs fois, avec ou sans interruption, suivant les cas.

L'amélioration est quelquefois très rapide, et assez notable pour que les malades se déclarent soulagés au bout de 60 à 90 pilules.

Ce traitement ne s'adresse pas seulement aux augmentations de volume du corps thyroïde qui suivent parfois l'accouchement, les troubles utérins, la dysménorrhée, etc., ces augmentations souvent passagères n'auraient rien de probant en faveur de l'efficacité du remède, j'entends parler des cas où la glande est dégénérée, des cas de goitre proprement dit.

Dans ceux-ci l'iodoforme donne souvent une diminution marquée et durable.

Remarquons en passant que cette diminution m'a semblé porter plus spécialement sur le tissu sain du corps thyroïde, que sur la tumeur elle-même.

Cette proposition peut paraître risquée au premier abord. Comment différencier cette action élective suivant les tissus? Comment dire qu'une portion de la glande est en décroissance, tandis que l'autre conserve son volume?

Voici ce que j'ai observé dans quelques cas où l'examen était facile; particulièrement dans des cas de kystes très à portée de la main. J'ai cru sentir que la tumeur, quoique restant de même taille, devenait plus aisée à reconnaître, et cela en raison du retrait des parties qui l'enveloppaient ; le médicament agissait donc sur le tissu thyroïdien, plutôt que sur la tumeur.

Quoi qu'il en soit, l'iodoforme donne souvent de bons résultats, et son administration me paraît plus simple et en tout cas préférable à celle des eaux minérales.

Je n'opère jamais de goitre sans avoir demandé à ce médicament ce qu'il peut donner, à moins, cela va sans dire, qu'il s'agisse d'un cas d'urgence absolue, qui me mette forcément le couteau à la main.

Il est prudent d'agir de la sorte, car si on a pour principe de n'opérer que les cas qui causent de sérieux embarras au malade, c'est-à-dire les cas les plus graves, on ne devra négliger aucun des moyens thérapeutiques qui peuvent faciliter l'opération.

Il ne faut pas oublier que, malgré la remarquable amélioration de la statistique, la thyroïdectomie est encore et sera toujours une opétion sérieuse qui laissera de temps à autre un cadavre entre les mains des plus habiles.

C'est pour cette raison qu'un chirurgien soucieux de la vie de ses malades n'ira pas, dans un entraînement irréfléchi, proposer l'opération à ceux qui pourraient fort bien s'en passer.

Quelle indication et quel mérite y a-t-il à enlever de ces petits goitres qui ne causent aucune gêne, aucune douleur, et qui disparaîtraient sous l'influence d'un traitement médical, ou diminueraient peut-être même spontanément! Que penser de ces opérations pratiquées chez des enfants, et à la suite desquelles on a vu survenir les accidents de myxœdème opératoire? Etaient-elles réellement indiquées? ou bien ne faisaient-elles pas simplement bonne figure dans des statistiques qui ne tiennent compte que du résultat : *survie*?

La thyroïdectomie, comme toute opération importante, a ses indications précises qu'on doit respecter. Elles peuvent, je crois, se formuler ainsi :

Lorsque l'iodoforme, ou tout autre médicament reconnu efficace, aura donné tout ce qu'il peut donner et que, cependant, les symptômes : accroissement rapide ou accroissement lent, mais continu; suffocation, douleur s'accentuent ou persistent, l'intervention chirurgicale est indiquée.

Quelle doit être cette intervention?

Actuellement qu'on connaît mieux la nature, les rapports, la texture même des goitres, qu'on a décrit les accidents non seulement immédiats, mais même les conséquences éloignées de l'extirpation totale, tous les chirurgiens s'évertuent à n'attaquer que le tissu pathologique, accordant au contraire toute leur attention à respecter les parties saines de la glande.

C'est de l'ensemble de ces notions nouvelles qu'est sortie la méthode de choix dont nous parlerons tout à l'heure, l'*énucléation*.

Mais cette méthode est parfois plus facile à conseiller qu'à suivre. Ainsi, lorsqu'on se trouve en face d'un goitre qui a subi une série considérable de ponctions, d'injections iodées ou autres; lorsque cette thérapeutique risquée a défiguré les tissus, au point de les rendre

méconnaissables, alors, on peut avoir la main forcée et être conduit à l'extirpation totale.

Ces cas sont heureusement assez rares aujourd'hui, car bien que la seringue fasse de temps en temps un retour offensif elle est sensiblement en recul sur le bistouri.

J'ai pu cependant citer deux observations, et j'en connais d'autres, relatives à des cas de ce genre (Obs. IV et V).

Les tumeurs ainsi modifiées se présentent parfois sous l'aspect d'une tumeur maligne et les difficultés de l'extirpation en découlent nombreuses et sévères.

Il ne faut cependant pas se décourager dès l'abord, mais s'efforcer au contraire d'arriver, par une dissection soignée, jusque sur la tumeur elle-même.

Ce principe, toujours vrai, l'est particulièrement dans les cas difficiles et c'est de son observation que dépend le succès.

S'engager entre deux couches qui ne sont pas les vraies, c'est se perdre sans rémission! errer à l'aventure!...

Or l'aventure... c'est l'hémorragie la plus pénible qu'on puisse rêver.

Cette hémorragie qui vient de partout et de nulle part; nappe de sang qui obscurcit le champ opératoire et que rien n'arrête! c'est encore la possibilité de pincer le récurrent, de le couper ou de le lier.

Bref, c'est l'opération terrible qui faisait dire à nos devanciers : Ne songez qu'avec effroi à ces entreprises téméraires. (Diffenbach.)

Ou bien encore à Wichmann :

Extirper un goitre, c'est ce qu'on peut appeler littéralement couper la gorge de son patient!

Pour arriver sur la tumeur, il faut faire une *large* incision; ce point a plus d'importance pour cette opération, que pour toute autre. Quant à la forme à donner à cette incision, chaque chirurgien a sa préférence; rappelons-nous que, là encore, le simple est le vrai!

On a décrit et on décrira encore des incisions en L, en T droit ou renversé, en V, en U!... l'alphabet tout entier dût-il être mis à contribution, je ne pourrais que le regretter pour la chirurgie inutilement ramenée à l'A. B. C.

Ce qu'on peut dire : c'est qu'une incision unique est *presque* toujours suffisante.

Lorsque vous serez obligé d'élargir le champ opératoire, faites sans hésiter une ou plusieurs incisions complémentaires dont il est impossible de délimiter d'avance l'étendue et la direction, mais je le répète : rares sont les cas où l'incision unique n'est pas suffisante.

Les incisions plus ou moins géométriques que l'on propose, se

dessinent d'ailleurs sur la peau; or, les difficultés ne viennent guère de cette première couche; la résistance est sous-cutanée, ce sont les aponévroses, et surtout les plans musculaires qui font obstacle, qui gênent la vue et la main.

En outre une incision linéaire qui suit la ligne médiane, ou le bord du sterno-cléido-mastoïdien, est d'un aspect moins disgracieux qu'une incision en S, en T ou en Z.

La longueur et le bon choix de la situation à lui donner rend donc l'incision unique linéaire, presque toujours suffisante; et, dans les cas exceptionnels où elle ne l'est pas, la direction et l'étendue du débridement seront commandés bien plus par le tact chirurgical que par des règles posées à l'avance.

Le plus souvent, l'incision sera parallèle au bord interne du sterno-mastoïdien par la raison toute simple qu'il est plus commun de voir l'un des lobes latéraux envahi, que les deux à la fois, ou que l'isthme isolément.

Cette incision devra descendre parfois jusqu'au sternum, et qu'importe! plus elle sera généreuse, moins ses bords seront contusionnés au cours de l'opération, et plus nette sera la ligne de réunion, et partant la cicatrice.

Ce principe vrai pour la plupart des interventions chirurgicales l'est particulièrement pour l'opération qui nous occupe.

J'ai vu des cas où, faute d'avoir respecté ce précepte, tel chirurgien, fort habile d'ailleurs, a compliqué comme à plaisir son hémostase.

Une chose importante à noter, c'est l'épaisseur très variable de la couche musculaire qui recouvre la tumeur.

Parfois, elle forme une sangle très puissante, bridant fortement le goitre, et exagérant ainsi les symptômes de compression de la trachée. Il faut faire bon marché de cet obstacle, et le sectionner ou le récliner jusqu'à ce qu'il ne gêne en aucune façon.

L'omoplato-hyoïdien traverse le champ opératoire, et offre parfois un assez grand développement, pour devoir, lui aussi, être sacrifié.

Je n'ai jamais vu d'inconvénient succéder à ces mesures quelque peu radicales, et pendant l'acte opératoire, il est incontestable qu'elles offrent de sérieux avantages; mais on doit autant que possible réparer le dégât; c'est pour cela qu'il ne faut pas négliger à la fin de l'opération, de rapprocher par des sutures perdues les muscles divisés.

Cette manière de restauration présente le grand avantage d'éviter que la cicatrice se déprime, et forme, comme cela se voit lorsqu'on néglige cette précaution, une véritable bride d'aspect disgracieux à cause de ses adhérences aux parties profondes.

Le plancher musculaire rétabli grâce à la suture forme une barrière entre la peau et les tissus qui avoisinent la trachée.

Nous voici donc arrivés sur le corps thyroïde; cette glande apparaît comme une masse plus ou moins régulièrement arrondie, sillonnée à sa surface de gros vaisseaux violets, parfois disposés en véritable lacis.

Où le bistouri va-t-il passer?

Il faut lui faire place en sectionnant entre deux pinces ces obstacles vasculaires qui rampent dans de minces feuillets de tissu cellulaire.

Aplatis à la surface de la tumeur, ces vaisseaux sont très faciles à saisir, mais en revanche, délicats et friables; la pince les déchire trop souvent, et cependant, cet instrument est le véritable facteur du succès, s'il est bien manié.

Du moment qu'il est entendu que le tissu thyroïdien mérite tout notre respect, il faut éviter, cela va sans dire, de le contusionner par une forcipressure à outrance.

Saisir *mince* est le secret de la bonne hémostase, comme de la bonne réunion!

Le tissu thyroïdien, exactement dénudé cette fois, se présente rouge sombre, turgide; il nous reste à choisir entre l'*extirpation totale*, l'*extirpation partielle* et l'*énucléation*.

Nous savons les dangers de la première, car depuis que l'attention a été attirée sur le myxœdème opératoire, les cas s'en sont multipliés, aigus, chroniques ou frustes, avec une fréquence bien faite pour discréditer l'opération.

Maintenant que tout le monde connaît la possibilité de l'accident, chacun le guette, beaucoup le signalent; on sait donc à quoi s'en tenir. De telle sorte *qu'à moins d'impossibilité absolue de mieux faire, nous rejetons l'extirpation totale.* Quant à l'*extirpation partielle*, pour avoir fourni plus rarement les complications du myxœdème, elle n'en a pas moins à son actif certains faits incontestables qui donnent à réfléchir, mais qui cependant ne sont pas assez graves, ni assez constants, pour faire redouter ni surtout repousser l'opération. — Nous estimons donc qu'on pourra s'y résoudre sans manquer de prudence, *s'il n'est pas possible de pratiquer l'énucléation.*

La cause de cette dernière étant ainsi plaidée, pour ainsi dire par exclusion, il ne nous reste plus qu'à développer son manuel opératoire, et à faire ressortir le brillant de ses résultats.

A qui revient en propre la découverte, ou pour mieux dire la mise en pratique de l'énucléation?

Luigi Porta publia à Milan (1849) un mémoire dans lequel il insis-

tait sur l'avantage qu'il y avait à aller chercher dans l'intérieur de la glande thyroïde, les tumeurs qu'elle contient. Il exécuta au moins une fois l'énucléation.

En 1883, le prof. J.-L. Reverdin et moi avons signalé, avec deux observations à l'appui, la possibilité de l'énucléation; mais nous pensions alors, tout en le recommandant, que ce procédé était plutôt un procédé d'exception : « A l'avenir nous chercherons à l'employer, toutes les fois qu'il sera praticable », ajoutions-nous [1]. Cette phrase indique nettement les avantages qui sont inhérents à l'énucléation et que nous avions pu apprécier *pratiquement*. — L'expérience seule nous manquait pour fixer la plus ou moins grande fréquence possible de son emploi.

D'autres opérateurs eurent sans doute l'occasion d'agir et de penser comme nous; mais c'est le professeur Socin de Bâle qui a eu le mérite incontestable de généraliser le procédé de l'énucléation, en l'élevant à la hauteur d'une méthode capable de supplanter la plupart du temps l'extirpation partielle ou totale.

C'est dans cette voie que nous avons marché depuis lors; et nous devons insister sur le fait que plus nous avançons plus nous voyons que l'énucléation est la vraie méthode et que son application est bien plus aisée que nous ne l'avions annoncé tout d'abord. Revenons à notre tissu thyroïdien mis à nu, c'est-à-dire sur lequel nous n'avons pas négligé le moindre feuillet de tissu cellulaire.

A une profondeur variable de sa surface se trouve la tumeur proprement dite. Le tissu thyroïdien est quelquefois si tendu au-devant d'elle, qu'on est tenté de se demander si ça n'est pas la tumeur elle-même. Incisez couche par couche, continuez sans hâte; rien ne presse, vous êtes en reconnaissance!

C'est encore là que trouve sa raison d'être, ce mot si vrai dans d'autres circonstances : *tant que vous hésitez vous n'êtes pas sur la tumeur*.

En effet, dès que celle-ci se présente vous la différenciez du tissu thyroïdien, elle est d'un brun grisâtre; sa surface est plus lisse, bref à première vue elle s'impose.

Agrandissez alors votre incision, puis à l'aide du doigt ou d'une spatule — je préfère le doigt — décollez rapidement la tumeur des parois qui l'entourent et auxquelles elle adhère parfois intimement.

Ce temps de l'opération doit être mené rondement, car dès qu'il est entrepris l'hémorragie commence, et vous ne pourrez vous en rendre maître que lorsque la tumeur sera extraite.

1. *Revue médicale de la Suisse romande*, juillet 1883, p. 129.

Tout comme dans certains accouchements, accélérez le mouvement, quitte à maîtriser ensuite la perte de sang. Dans quelques cas l'hémorragie s'annonce violente dès le début de l'énucléation; raison de plus pour aller vite. Cette hémorragie a un cachet spécial; en effet le sang ne s'échappe pas nettement d'une ou de deux artères, comme dans l'extirpation, il sort de partout; la cavité qui s'ouvre sous vos doigts se remplit subitement et vous paraissez débordé.

Du calme et des tampons, mais surtout, et c'est le nœud de la question : *un bon coup de pince directement au fond de la poche.* C'est pêcher en eau trouble? Oui certes! mais si la prise est bonne, vous retournerez pour ainsi dire le fond du sac en l'attirant à vous. Cette manœuvre a pour effet de couder sur eux-mêmes les vaisseaux, ce qui efface leur calibre, et calme l'hémorragie; mais en outre d'amener à portée les vaisseaux qui saignent dans la profondeur. Il ne faut pas s'arrêter en si bon chemin; au contraire, le travail des pinces continue, pinces et tampons toujours !

C'est là qu'un bon aide est précieux, qui donne le coup d'éponge sans s'endormir. En quelques secondes, la victoire est assurée! Les ligatures au catgut doivent être faites avec soin et surtout ne pas comprendre de trop fortes épaisseurs de tissu. Faute de respecter ce principe, on verrait survenir dans la suite des éliminations de lambeaux sphacélés, et la plaie réunie d'emblée, comme dans nos obs. VI et XII, risquerait de se rouvrir après quelques jours.

Le danger n'est pas grand sans doute, mais le résultat est moins pur, moins prompt.

Puisque nous parlons de pureté et de rapidité, n'oublions pas de dire un mot de la manière de traiter la plaie thyroïdienne :

Je suis absolument opposé à ces grands lavages, à la solution phéniquée forte, qui amènent la coloration des tissus si justement appelée jambonnage.

Ils irritent et provoquent un suintement très certainement préjudiciable à la réunion.

Il faut bien songer que nous sommes dans une glande et que le tissu thyroïdien a sans doute plus de tendance à réagir contre les agents chimiques dont on l'abreuve, qu'un os ou un tendon.

Je crois donc qu'on fera bien d'être ménager dans l'usage de l'acide phénique.

Je me contente de toucher les parois et surtout de les débarrasser des caillots qui y adhèrent avec un tampon phéniqué, suffisamment exprimé.

Pourquoi s'attarder, sous prétexte de détruire des germes plus ou moins hypothétiques, à *jambonner* la plaie qu'on vient de faire avec

des instruments et des mains qui avant tout devaient être d'une irréprochable pureté.

C'est *avant* l'acte opératoire qu'il faut combattre l'ennemi qui menace, c'est l'infection directe qu'il faut craindre bien plus que l'air ambiant.

Pour peu qu'on surveille avec un soin jaloux les préparatifs de l'opération, on n'aura que bien peu de désinfection à faire en l'achevant.

Il est infiniment préférable de ne pas infecter une plaie qu'on crée que de la désinfecter, même radicalement,... après coup!...

Cette vérité de la Palisse ne saurait être trop souvent répétée.

Doit-on après l'énucléation chercher la réunion immédiate?

Oui certes, on peut presque dire toujours; presque,... car il arrive parfois que du pus ou des matières contenues dans la tumeur contaminent la plaie et s'opposent à la réunion. Dans ces cas, mieux vaut tamponner à la gaze en suturant les bords de la cavité à la peau, ou drainer largement que de réunir quand même.

Mais, je le répète, ces cas sont l'exception, la grande exception.

Donc réunir est la règle, mais ne le faites que lorsque l'hémostase est parfaite.

N'oublions pas le drainage. Je place un ou plusieurs drains, qui de la poche sortent à travers une contre-ouverture pratiquée de préférence en bas et en dehors de l'angle inférieur de la plaie; cela vaut infiniment mieux que de les loger dans l'angle même de celle-ci, ce qui gêne sa réunion et donne par conséquent un résultat moins correct.

Une précaution à prendre avant de fermer, c'est de restreindre autant que possible l'étendue de la cavité.

Pour cela les sutures perdues sont du meilleur usage. Je me sers du catgut que je désinfecte par la chaleur sèche d'après la méthode que j'ai décrite [1]. Sa souplesse, sa solidité et par-dessus tout son *asepsie absolue* en font un matériel précieux qu'on peut laisser dans les tissus, sans la moindre arrière-pensée.

Il faut rapprocher les parois autant que possible, sans cependant viser à un affrontement absolu; d'ailleurs le ou les drains sont là, et leur place est forcément réservée.

Parfois deux sutures profondes suffisent, tandis qu'en d'autres cas il y aura avantage à les multiplier.

Si j'ai dit tout à l'heure ma préférence pour les incisions linéaires, mais longues, je dois parler aussi du mode de suture qu'il convient

1. *Revue médicale de la Suisse romande*, juin-juillet-août 1888.

de leur appliquer pour avoir la cicatrice la moins apparente possible. C'est à la suture de mon ami le professeur C. Girard de Berne que j'ai presque toujours recours; je la considère comme excellente. J'essayerai de la décrire.

Elle se compose de deux sutures : l'une qui affronte à distance, l'autre qui parfait ce premier rapprochement.

Pour la première on traverse d'un fil de soie la peau à 2 centimètres environ des bords de l'incision, et on noue de telle façon que le nœud porte sur l'un des deux orifices cutanés qu'a percé l'aiguille.

On passe alors le fil dans un petit tube de caoutchouc de 2 à 3 centimètres de longueur; puis on couche ce tube parallèlement à l'incision à deux centimètres, en dehors d'elle. Le fil repasse à travers les lèvres de la plaie, et un nouveau tube va se placer vis-à-vis du premier; non pas exactement en face de lui, mais plus haut de toute sa longueur, en quinconce.

On met autant de tubes qu'il en faut, puis on tire le fil comme un lacet, jusqu'à ce qu'on obtienne un rapprochement général suffisant.

C'est en somme une suture de soutien qui permet à la fine suture en surjet, qu'on fait courir ensuite sur le bord de la peau, d'affronter très exactement celle-ci, sans faire subir de fortes tractions aux tissus.

On obtient de la sorte des lignes de réunion aussi fines que possible.

J'utilise cette suture dans bien d'autres circonstances : laparotomies, amputations du sein, etc.

Reste à parler du pansement.

Pendant longtemps je me suis appliqué à étreindre mes opérés dans une véritable cuirasse construite à l'aide de bandes de tarlatane apprêtée; je pensais que l'immobilité absolue était indispensable. Aujourd'hui *je ne la crois même pas avantageuse.* En tout cas celle qu'on obtient avec des bandes de flanelle modérément serrées est tout à fait suffisante et beaucoup mieux supportée.

L'important c'est que le pansement soit hermétiquement clos de toutes parts, et pour cela, il faut avoir soin de comprendre la tête dans les tours de bande et de bien ouater les régions sus-claviculaires.

Un bandage bien fait est toujours désirable en pratique chirurgicale, mais dans l'opération qui nous occupe il joue un rôle particulièrement important au point de vue de la bonne marche de la plaie.

La compression élastique du pansement de flanelle est très capable d'arrêter une hémorragie de minime importance, si elle vient à se produire, et il est bien plus aisé de le couper, en cas d'hémorragie inquiétante, qu'un bandage de tissu apprêté.

Ordinairement le pansement est renouvelé le second ou le troisième jour.

Les drains sont supprimés par la même occasion, et les tubes de caoutchouc qui contiennent les sutures profondes (Girard) sont sectionnés par leur milieu.

Au prochain pansement, c'est-à-dire le quatrième ou cinquième jour, tous les fils sont enlevés. Mais comme il est facile de le prévoir, ces dates n'ont rien d'absolu; pour les drains comme pour les sutures, elles dépendent de la manière dont l'opération a marché, de l'étendue de la plaie, de l'état du malade, bref de mille détails qu'il faut connaître et peser pour chaque cas particulier.

Le pansement proprement dit se compose de gaze iodoformée, d'ouate phéniquée et d'ouate ordinaire en larges plaques assurant l'occlusion de tous les pertuis accessibles à l'air.

Ces opérés doivent-ils rester au lit? Je crois que dès qu'ils en éprouvent le désir, il est bon de les laisser quitter la position horizontale, et de leur permettre de s'asseoir; la plupart du temps, ils demandent de très bonne heure à se lever et à se promener.

Quelques faits de consigne violée m'ont amené à cette tolérance, par la raison toute simple que je n'ai pas vu les délinquants se trouver plus mal après qu'avant la faute. Pourquoi d'ailleurs exiger le séjour au lit?

La position horizontale expose plus aux congestions de la tête et du cou que toute autre, surtout lorsqu'elle est imposée à un malade vigoureux, qui, contrairement à ses habitudes, a la tête, le cou et les épaules surchauffés par un énorme bandage laine et coton!

En outre l'expectoration et la déglutition, ces deux fonctions dont nous avons parfois consigné au cours de nos observations l'altération partielle, se feront certes mieux le malade étant assis ou debout que couché.

Si c'est pour obtenir l'immobilité qu'on préfère le séjour au lit, je crois que c'est là une illusion plus forte encore, car les mouvements que fait un malade, lorsqu'il veut changer de position *dans son lit,* mettent infiniment plus à contribution ses épaules et sa nuque, que ceux qu'il ferait pour se déplacer s'il occupait la position verticale.

Le fonctionnement du drain lui-même, la digestion, les évacuations: tout est facilité par cet affranchissement du traversin, que nous recommandons d'une façon générale.

Mais il est des cas graves, ceux par exemple dans lesquels le malade a perdu beaucoup de sang, pour lesquels le décubitus horizontal peut être alors commandé par une anémie cérébrale menaçante!

C'est là cas de force majeure devant lequel il faut savoir faire preuve d'une certaine dose d'opportunisme.

A ce qui vient d'être dit, je crois utile d'ajouter les observations détaillées de mes 14 dernières interventions.

Je les donne telles que je les ai prises, au risque d'y laisser subsister des redites ou des détails en apparence insignifiants.

Je les conserve telles, parce que pour examiner à fond la valeur d'une opération *encore à l'étude*, il est bon de grouper tous les matériaux petits et grands.

N'est-ce pas grâce à la notation exacte de tous les symptômes observés à la suite de l'extirpation qu'il a été possible d'établir la relation, assez inattendue, il faut l'avouer, qui existe entre le myxœdème et l'opération radicale? N'est-ce pas à cette minutie même que nous devons d'avoir vu s'ajouter ce nouveau paragraphe à la pathologie chirurgicale?

Je crois donc qu'il sera utile de faire suivre ces observations d'un court résumé et d'en tirer si possible quelques enseignements.

Obs. I. — Au mois de juillet 1884, Mme M..., femme de constitution plutôt chétive, me consulte pour un goitre volumineux, dont elle a constaté le début dès l'âge de onze ans; elle en a trente actuellement.

On lui prescrivit de l'eau de Challes et des pommades iodurées.

Réglée à 15 ans, elle partit pour Vienne où un traitement longtemps suivi amena quelque diminution de son goitre.

Mais, comme elle le constata à plusieurs reprises, à peine le traitement était-il suspendu, la tumeur reprenait son volume primitif. D'une façon générale, il y eut accroissement continu, mais lent.

Elle accoucha en août 1880. A partir de ce moment la tumeur augmenta très rapidement.

Une cure d'eau de Challes n'eut qu'un effet passager.

Bientôt survient de la gêne respiratoire. La malade se réveille en sursaut la nuit, et se promène haletante pleurant et se désolant. — Les crises deviennent de plus en plus fréquentes, succédant ordinairement à des excès de fatigue et coïncidant volontiers avec les changements de temps.

La malade est rhumatisante, elle a souffert de deux attaques de rhumatisme articulaire aigu.

L'aggravation notable du mal, l'inefficacité des traitements médicaux, plaident en faveur de l'opération qui est pratiquée le 10 juillet 1884.

Anesthésie par l'éther. — Incision le long du sterno-mastoïdien gauche; le lobe gauche se présente comme une masse arrondie d'un volume supérieur à celui d'une grosse orange; ne jugeant pas l'énucléation de ce goitre possible, nous extirpons le lobe malade.

Les ligatures des artères thyroïdiennes sont faites sans difficulté; mais la présence de nombreux vaisseaux accessoires prolonge l'hémostase.

Après 25 minutes de dissection, un dernier coup de ciseaux sépare la tumeur de l'isthme. Suture à la soie, drain de caoutchouc. Une vingtaine de ligatures au catgut assurent l'hémostase.

La malade est reportée dans son lit encore endormie.

Le soir, elle se plaint de faiblesse et parle difficilement. T. 37°,0.

Second jour : T. 37°,2. — 37°,8. Gêne de déglutition et enrouement.

Troisième jour : Pansement.

Cinquième jour : Sutures et drains supprimés, état général et état local excellents. Température normale.

Comme la malade habite un misérable réduit, nous la gardons jusqu'au 12e jour à la clinique.

Elle est photographiée à sa sortie.

Elle se levait à partir du 5e jour.

Depuis l'opération tout symptôme d'étouffement a disparu. La santé est parfaite.

Revue en juin 1891. Le lobe droit est plus volumineux que normalement, mais n'a pas grossi; on sent encore un petit lobule là où l'isthme a été sectionné et lié.

L'extirpation de tout le lobe gauche n'a occasionné aucun accident de myxœdème opératoire.

Obs. II. — Mme V..., cinquante-huit ans, bonne constitution. Mariée sans enfant.

Dès son enfance, elle portait un petit goitre, gros comme un œuf d'oie qui ne la gênait nullement.

Depuis quelques mois, elle a remarqué un accroissement rapide de sa tumeur, et une gêne de plus en plus forte de la respiration. La nuit elle se réveille avec des accès de suffocation très angoissants.

Le traitement médical est prescrit sans grand résultat.

La malade toujours plus inquiète demande à être opérée.

La tumeur régulièrement arrondie occupe le côté droit du cou.

Goitre parenchymateux.

Le lobe gauche quoiqu'un peu plus gros que normalement peut être considéré comme sain.

Le 3 mars 1885, la malade étant anesthésiée à l'éther, je pratique une incision de 12 centimètres le long du sterno-mastoïdien droit.

Les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens incisés, la tumeur apparaît; sa vascularisation est moyenne.

Je lie les deux thyroïdiennes sans difficulté. J'aperçois le récurrent que j'évite aisément. Le lobe malade est séparé de l'isthme auquel il est relié par un pont de peu d'importance. Hémostase parfaite. Drainage par l'angle inférieur de la plaie (procédé abandonné). Sutures à la soie, ligatures au catgut.

L'opération dure près d'une heure.

La malade se réveille rapidement. Dans la journée elle se plaint d'un peu de gêne de déglutition, sa voix est légèrement enrouée.

Le lendemain elle se lève.

Le pansement est renouvelé le second jour, le tube raccourci de moitié.

Le 4e jour, second pansement — sutures et tubes supprimés.

Le 6e jour, la malade quitte la clinique.

La voix et la déglutition sont parfaitement normales.

Revue en juin 1891, la malade jouit d'une excellente santé. Elle a augmenté de 22 kilos depuis l'opération. La cicatrice apparaît comme une mince ligne blanche très souple.

Obs. III. — Mme Lucie F..., originaire de Moudon (Suisse), est une femme vigoureuse de vingt et un ans.

Ses parents n'eurent jamais de goitre non plus que ses sœurs et frères.

Réglée à 13 ans, elle se marie à 18 et accouche sans accident un an plus tard. Depuis 18 mois, elle remarque que son cou grossit; elle consulte et suit sans résultat un traitement iodé.

Je la vois pour la première fois en juin 1886; sa santé générale est bonne, mais elle se plaint de la grosseur qu'elle porte au cou, et désire en être débarrassée.

La tumeur occupe la ligne médiane au niveau du cartilage thyroïde, elle a le volume d'un œuf.

Régulièrement arrondie, elle présente une consistance élastique, et à son centre on perçoit vaguement une fluctuation profonde.

La peau a son aspect normal.

Les fonctions de respiration et de déglutition ne sont guère altérées; malgré cela, la malade inquiète et peu satisfaite des traitements médicaux s'adresse à la chirurgie. Vu la nature kystique de la tumeur, je pensai pouvoir mettre la malade au bénéfice de la ponction; et cependant cette méthode opératoire n'est pas de celles que je préfère. Si dans ce cas particulier, je donnai la préférence au trocart, c'est que j'espérais faire une moindre cicatrice, et peut-être réduire suffisamment le volume de la tumeur pour éviter l'extirpation.

La ponction donna 20 grammes d'un liquide roussâtre filant.

Au bout de quelques jours le liquide s'était reproduit et même avait augmenté. La malade demandait instamment l'extirpation.

Le 25 juin 1886, narcose par l'éther, incision de 8 centimètres sur la ligne médiane, ligature de quelques vaisseaux assez importants, dissection aisée de la tumeur et ligature au catgut d'un pédicule peu volumineux. Drainage à la partie inférieure de l'incision, suture continue à la soie.

L'opération et le pansement ont duré 20 minutes.

La malade rentre chez elle dans la journée et revient les jours suivants se faire panser à la clinique.

Le drain est supprimé au bout de 48 heures.

Ce cas est, je pense, le seul dans lequel j'ai, un peu trop facilement peut-être, consenti à exaucer les vœux d'une malade en pratiquant une thyroïdectomie qu'on aurait peut-être pu éviter ou retarder.

Ce qui m'a décidé c'est l'angoisse réelle qu'éprouvait la malade, et aussi le rapide développement de la tumeur qui avait doublé de volume en quelques semaines.

Tout se passa bien d'ailleurs et, le huitième jour, la cicatrisation était achevée et le pansement supprimé.

La guérison s'est maintenue.

Obs. IV. — M. D..., cinquante-trois ans, horloger, vigoureuse constitution, vient me consulter au mois d'avril 1886 pour un goitre parenchymateux d'un volume déjà fort respectable, et qui a une tendance à s'accroître rapidement depuis six mois. Je prescris l'iodoforme en pilules.

Après deux mois environ de ce traitement, la tumeur, loin d'avoir diminué, s'est accrue; elle fait une saillie ovoïde en dedans du sterno-mastoïdien droit, saillie du volume d'une grosse pomme qui repousse le larynx vers la gauche. Cette déviation déjà très forte occasionne un cornage et surtout une gêne respiratoire qui tourmentent le malade.

Le visage est congestionné, les veines du cou sont saillantes, la voix affaiblie et rauque.

La déglutition n'est pas gênée, mais le sommeil est agité, troublé par l'oppression. Le goitre est de consistance ferme sans fluctuation.

Sa mobilité serait assez grande, surtout dans le sens vertical, si la peau n'avait contracté des adhérences avec lui.

Ces adhérences sont dues à de profondes cautérisations faites il y a quelques années. En présence des symptômes de compression et de l'accroissement menaçant de la tumeur, je propose l'extirpation qui est acceptée.

Le 3 juillet, narcose par l'éther, incision de 15 centimètres le long du bord interne du sterno-mastoïdien droit, se terminant au-devant de l'articulation sterno-claviculaire.

Le lobe saillant apparaît, mais les cautérisations faites jadis ont créé un tissu cicatriciel épais, et très adhérent à la tumeur; je coupe jusqu'à ce que j'arrive dans une zone de tissu cellulaire lâche, qui me permette d'avancer plus rapidement.

Je vais à la recherche de la thyroïdienne inférieure, je la trouve facilement en me guidant sur les battements de la carotide, et sur les siens propres; elle a le volume d'une forte radiale.

Après l'avoir coupée entre deux ligatures, tout près de son passage vers la carotide, je la reprends sur le goitre, où je la lie de nouveau.

C'est ainsi qu'il faut procéder pour éviter de blesser le récurrent ou de le comprendre dans la ligature; accident qu'il est difficile d'éviter, si on ne suit pas ce procédé; car le nerf n'est pas toujours facile à voir.

La thyroïdienne supérieure moins volumineuse est liée, et la dissection s'achève sans encombre.

L'opération, vu les difficultés créées par les anomalies signalées, a duré *une heure 10 minutes.*

Les ligatures ont été faites au catgut, et les sutures (suture continue) à la soie. Drain dans l'angle inférieur de la plaie. L'anesthésie a été très bien supportée.

Le soir, le malade est parfaitement bien, la voix excellente, la déglutition aisée. Il parle déjà de rentrer chez lui.

Le lendemain, il passe plusieurs heures levé dans sa chambre.

Le troisième jour, il se promène tout l'après-midi dans le jardin.

Le pansement est renouvelé, le drain supprimé.

Sécrétion très minime.

Le malade rentre chez lui, le 6 juillet au matin, soit 4 jours après l'opération. Il revient se montrer les jours suivants. La petite surface correspondant au passage du drain, se recouvre rapidement d'épiderme. Ce cas est un exemple de ce que peut donner la thyroïdectomie.

Nous avions en effet à opérer un homme de 55 ans, souffrant de suffocations dues à une forte déviation et compression du larynx par un goitre assez volumineux, goitre descendant derrière la clavicule, et dont la mobilité était diminuée, et la dissection rendue laborieuse, par de fortes adhérences dues aux traitements aussi inutiles que dangereux employés précédemment.

Malgré ces conditions assez défavorables, l'extirpation s'est terminée sans accident et n'a été suivie ni de toux, ni d'oppression, ni de raucité de la voix.

La dysphagie elle-même est restée à un minimum presque négligeable et le malade sans fièvre, ni douleurs, quittait la clinique parfaitement à son aise, respirant facilement, gai, content et guéri en *quatre jours*. Je dis en quatre jours, car la petite surface que j'ai signalée tout à l'heure, comme étant encore incomplètement épidermisée, n'était pas de nature à compromettre le résultat.

J'ai dû cependant en parler pour être complet.

Le malade que je vois souvent continue à se bien porter.

Le larynx reste toujours un peu aplati du côté où la tumeur l'a si longtemps comprimé; mais il est, à peu de chose près, revenu à sa place.

Fait à noter : dès que la tumeur est enlevée, le larynx gagne de suite la ligne médiane; mais ce mouvement n'est pas complet, et longtemps encore après la guérison, la correction continue à s'effectuer.

Obs. V. — Au mois de février 1887, M. Marcoz m'adresse la lettre suivante :

« Aucun de mes ascendants n'a été goitreux, mais sur 7 frères et sœurs, 5 ont eu le goitre.

Trois l'ont fait disparaître dès le principe, le mien a commencé à paraître à 14 ans; soit qu'il fût de mauvaise nature, soit qu'il y ait eu manque de suite dans le traitement, je n'ai pu le faire disparaître complètement.

2

Le traitement se composa de pommades iodurées et d'iodure de potassium à l'intérieur; à mesure que je constatais quelque accroissement du goitre, je recommençais, soit environ de deux ans en deux ans.

A l'âge de 22 ans, le Dr Gallois de St-Étienne a songé à faire des injections de teinture d'iode. Il y a renoncé après une ponction exploratrice. A 29 ans, mon goitre avait la moitié de son développement actuel.

Le Dr Thonion a fait une *trentaine d'injections de teinture d'iode.*

Grâce aux injections, le volume n'a pas changé pendant 5 ou 6 ans.

Plus tard le développement est devenu rapide; j'ai eu de violentes névralgies, sur le derrière de la tête, surtout quand je passais la journée avec ma chemise boutonnée.

La respiration était gênée, je dormais mal, j'avais des suffocations et des palpitations; j'étais obligé de me coucher la tête basse, sans oreiller; et à chaque refroidissement le malaise augmentait.

J'avais parfois de la difficulté pour la déglutition, surtout en arrivant de course! »

Lorsque je vis le malade en mars 1887, je pus constater que les symptômes décrits n'avaient rien d'exagéré; l'état était grave.

Les troubles respiratoires très intenses et la coloration particulièrement violacée du visage donnaient à cet homme, âgé de 40 ans à peine, l'apparence d'un vieil asthmatique sur le point de suffoquer.

La tumeur occupait principalement le côté droit du cou, elle avait presque le volume de deux poings.

Je ne cachai pas au malade la gravité de l'intervention; mais les symptômes étaient si pénibles, qu'il se décida sans peine à l'opération.

Le malade photographié le 25 avril 1887 est opéré le lendemain.

Injection de morphine, atropine, éthérisation. Une incision partie de l'angle de la mâchoire (côté droit) est conduite jusqu'au sternum; elle divise la peau et une couche musculaire remarquablement épaisse.

Je dus sectionner des brides musculaires vers la partie supérieure de la plaie; sans cela l'extirpation de la tumeur aurait été très difficile. Comme le goitre avait été kystique au début je pensais, malgré les nombreuses injections qu'il avait reçues, pouvoir tenter de l'énucléer. Je reconnus bientôt qu'il n'y fallait pas songer.

Les nombreuses adhérences, et l'énorme développement vasculaire résultant de ce traitement m'y firent renoncer; et je passai de suite à l'extirpation totale, mais à celle du lobe droit seulement.

Vers la fin de l'opération, je pus cependant ménager un fort lambeau de tissu thyroïdien, lequel me sembla pouvoir vivre malgré les nombreux tiraillements et pincements qu'il avait subis. Dans l'épaisseur de ce lambeau se trouvaient deux masses arrondies que je réussis à énucléer sans grandes difficultés.

L'hémostase ne présente rien de spécial, sauf pour la thyroïdienne supérieure.

Cette artère très volumineuse était d'un abord difficile, la tumeur la recouvrait absolument et j'eus quelque peine à isoler le récurrent; il me

sembla qu'un filet blanchâtre passant tout près de l'artère devait le représenter, mais je ne saurais l'affirmer. Je crois l'avoir molesté quelques instants avec une pince; aussi la raucité de la voix ne nous surprit-elle nullement, lorsqu'à la fin de l'opération le malade recommença à parler.

La trachée était légèrement aplatie latéralement, mais non ramollie. La respiration, pénible à plusieurs reprises, me força de terminer sans insister davantage sur la narcose.

Contre-ouverture dans le triangle sus-claviculaire pour le passage d'un drain; deux autres drains occupent le milieu de la ligne de suture, un dernier sort par l'angle inférieur de l'incision. Lavage au sublimé 1 00/00; suture Girard, à la soie. Pansement iodoformé, ouate et éponge. Bande de flanelle.

L'opération a duré 1 heure 1/4, compris le pansement.

Le malade, parfaitement revenu à lui, remonte à pied dans sa chambre située au second étage.

Journée agitée, inquiétudes dans les jambes, douleurs à la nuque, gêne respiratoire, sensation de stricture au cou.

Dans l'après-midi, un suintement sanguin assez abondant m'oblige à changer le pansement, et à le serrer davantage.

Nuit très agitée, toux intense, expectoration muco-purulente, délire d'influence alcoolique.

2e *jour*. Le pansement n'est pas sali. Voix très rauque. Oppression, aucune douleur dans la région du cou, ni à la nuque. T. 38°-38°,9.

3e *jour*. Pansement renouvelé, la ligne de réunion a très bon aspect. Pas de sommeil.

4e *jour*. Pansement, suintement séreux assez fort, un drain est supprimé. Le malade reste levé une bonne partie de la journée.

Le soir, il délire, parle avec vivacité et oublie les recommandations qu'on lui fait.

La temp. monte à 39°. Injections de morphine, potion bromure 5 grammes et chloral 4 grammes. Nuit passable.

5e *jour*. La plaie a très bonne apparence, la voix s'éclaircit; je ne laisse plus que deux drains. T. 38°,0-38°,2.

6e *jour*. Suintement encore abondant, tous les fils sont enlevés; un seul drain est conservé pendant deux jours encore. T. 37°,5-38°.

7e *jour*. Le mieux s'accentue, le malade en profite pour faire une très longue promenade; cette imprudence n'entraîne cependant aucun accident.

Peu à peu, la sécrétion diminue, après élimination de masses sphacélées provenant évidemment du lambeau de tissu thyroïdien conservé malgré son délabrement.

Pendant quelques jours encore, il s'écoule une sérosité mêlée de flocons blanchâtres, puis tout se tarit; et le malade quitte la clinique le 9 mai, entièrement cicatrisé. Total, 13 jours.

Je reçois (en février 1889) de ses nouvelles.

Il est tellement soulagé et content du résultat, qu'il exprime le regret de ne s'être pas fait opérer 3 ou 4 ans plus tôt!

Il n'a pas tort !

En juin 1891 l'état local et la santé générale sont absolument satisfaisants.

Obs. VI. — M. T..., vingt-deux ans, cultivateur, bonne constitution, me consulte au mois de novembre 1886, au sujet d'un goitre qui le gêne passablement, et qui l'a fait refuser par le conseil de revision en France.

Le malade fait remonter à quatre ans en arrière le début de sa tumeur.

Depuis deux ans elle a doublé de volume et gêne de plus en plus la respiration; en outre, elle détermine des douleurs irradiées dans la région de la nuque.

Pour dormir le malade se couche toujours du côté de la tumeur.

Celle-ci du volume d'une forte pomme occupe le côté droit du cou; tendue, élastique, elle est assez mobile sur les parties profondes.

En haut, se trouve un lobe gros comme une noix, dur, relié à la tumeur principale par un col resserré; cette portion qui paraît kystique (comme le reste du goitre) présente des parties dures, comme on en rencontre assez souvent dans les parois en voie de dégénérescence calcaire.

On sent nettement le reste du corps thyroïde, un peu plus gros que normalement; il ne peut être considéré, cependant, comme dégénéré.

Le malade est soumis pendant trois semaines au traitement iodoformé, sans résultat.

Dans les cas de goitre kystique, l'effet de ce médicament est beaucoup plus rarement efficace que dans les goitres parenchymateux.

En face de la nature de la tumeur, de la gêne respiratoire déjà notable et de son accroissement rapide, je me prononce pour l'extirpation.

Le 29 novembre 1886, le malade étant anesthesié par l'éther, je pratique le long du bord interne du sterno-mastoïdien une incision de 14 centimètres de longueur s'arrêtant à la clavicule.

Je divise la couche musculaire et refoule en haut, sans le couper, l'omoplato-hyoïdien.

La tumeur se dégage facilement.

J'avais pensé qu'il serait peut-être possible de l'énucléer; mais, une fois en sa présence, je ne l'essayai même pas, et bien m'en prit, car, comme il fut facile de le constater sur la pièce, l'adhérence de la capsule au kyste était si intime que de nombreux vaisseaux auraient été déchirés, et que la dissection aurait duré un temps considérable.

Or dans l'opération qui nous occupe, comme dans beaucoup d'autres d'ailleurs, il ne faut pas oublier que : *Perdre du temps, c'est perdre du sang !*

L'opération fut donc une extirpation du lobe droit. Nous pûmes facilement respecter le lobe gauche, et une bonne portion de l'isthme.

Il est donc plus que probable qu'il restera suffisamment de tissu thyroïdien, pour que nous ne risquions pas de voir survenir les accidents du *myxœdème opératoire.*

Les artères thyroïdiennes furent liées comme de coutume.

Je fis en outre une douzaine de ligatures.

La perte de sang fut très minime.

Drain dans l'angle inférieur de la plaie.

Suture de Girard de Berne, à la soie.

L'opération et le pansement ont duré 20 minutes.

Le malade se réveille dans son lit; la journée est bonne, pas de vomissement. Nuit calme.

Le lendemain, un peu de gêne de déglutition, qui augmente encore le jour suivant; rien d'excessif cependant; la respiration est facile, la voix nullement altérée.

Le second jour, le malade se promène dans la chambre.

Le 3e jour, suppression du drain.

Le 4e jour, toutes les sutures sont enlevées, la réunion est parfaite.

Bandelettes collodionnées pour soutenir la jeune cicatrice.

Le malade quitte la clinique le 4e jour au soir.

Le 9e jour, il est photographié.

Le malade pouvait être considéré comme guéri, lorsque vers *le 12e jour*, l'angle inférieur de la cicatrice s'élargit, se rouvre sur une longueur d'environ un centimètre; il en sort un peu de pus. C'est, je pense, quelques lambeaux mortifiés qui demandent à sortir.

La guérison n'est absolue que le 20e jour.

Obs. VII. — Au mois de novembre 1886, mon ami, M. J. Silvestre, ancien assistant à la clinique chirurgicale de la Faculté, m'adresse un homme de quarante-sept ans, porteur d'un goitre volumineux.

Ce robuste campagnard, issu de parents sains, n'a jamais entendu parler de goitre dans sa famille. Lui-même s'est toujours bien porté et quoique, depuis des années, il ait remarqué le volume exagéré de son cou, il ne s'en est jamais préoccupé, n'en souffrant nullement.

Mais voici, depuis deux ans et demi environ, il constate que son goitre augmente rapidement, et que peu à peu la respiration s'embarrasse.

Il déclare qu'il est prêt à tout supporter pour se défaire d'une infirmité qui commence à l'inquiéter sérieusement.

La tumeur se compose d'une masse principale, arrondie, occupant la région antérieure du cou, et débordant vers la droite. Cette masse, de la grosseur d'une tête d'enfant nouveau-né, repose sur la trachée et le larynx qu'elle a fortement refoulés vers la gauche.

Le cartilage thyroïde repoussé se trouve correspondre au milieu de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche.

La tumeur est dure, résistante, et présente un peu partout, mais principalement dans sa partie supérieure, des pulsations artérielles très accentuées.

Vers la droite, au-dessous et en arrière de la première tumeur, s'en trouve une autre remplissant toute la fosse sus-claviculaire, jusque vers le tiers externe de la clavicule.

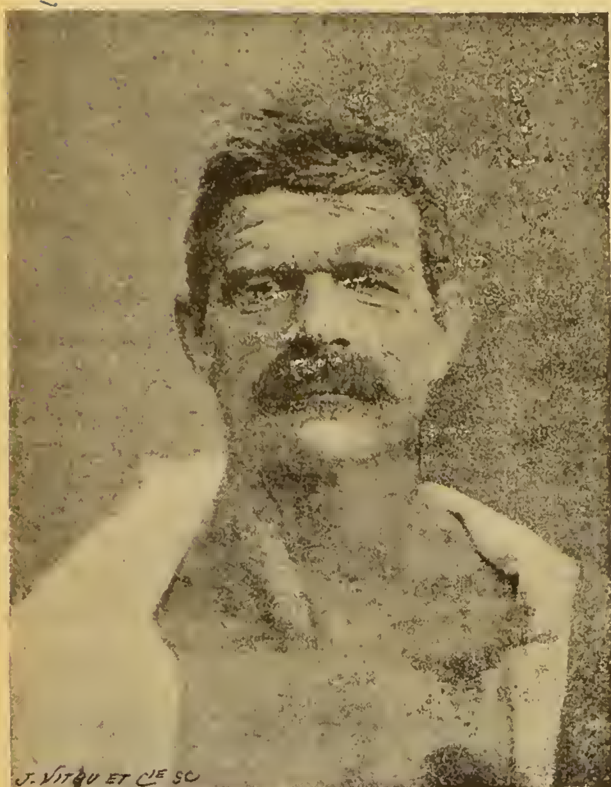
Enfin, à gauche et en haut, on remarque un petit lobule mobile de la grosseur d'une noix.

La peau est saine, mais de grosses veines la sillonnent.

On sent que cette tumeur est gorgée de sang.

L'*auscultation* permet d'entendre surtout à la partie supérieure droite, où bat la thyroïdienne supérieure, un souffle extrêmement violent, et vibrant comme celui d'un anévrisme; il est accompagné d'un frémissement assez intense.

C'est la première fois que j'ai eu l'idée d'ausculter un goitre et



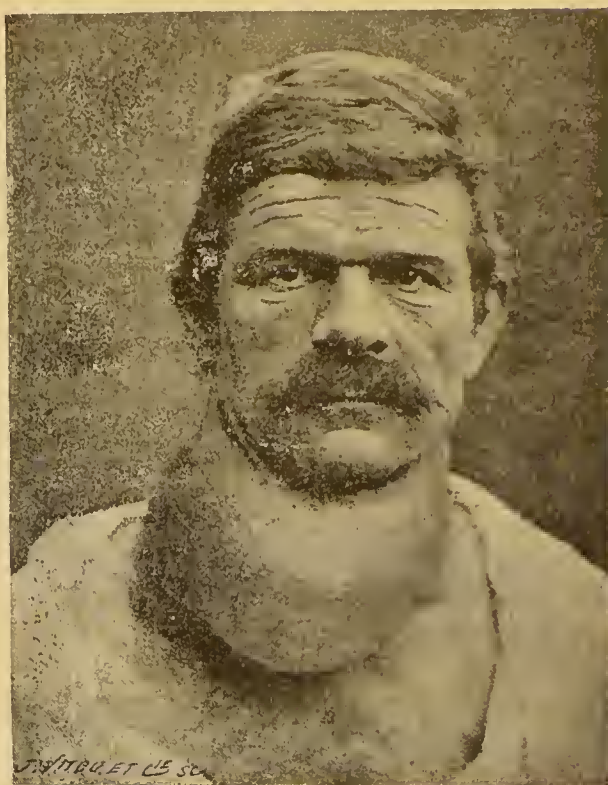


Fig. 1.

j'estime que mieux encore que par la palpation, on peut arriver à déterminer ainsi les points où passent les gros vaisseaux et particulièrement ceux par lesquels les thyroïdiennes abordent la tumeur.

Quant aux carotides, elles n'ont pas été déviées symétriquement.

Celle de gauche est fortement refoulée en arrière et en dehors, elle bat presque à la nuque, tandis que la droite est restée à sa place; on la sent entre les deux tumeurs principales, au fond de la gouttière formée par leur juxtaposition.

Les bruits du cœur sont forts, bien frappés et réguliers.

Les artères sont souples.

Les fonctions respiratoires ne sont pas aussi altérées qu'on pourrait le croire au premier abord.

Lorsque le malade est calme, il corne légèrement; dès qu'il travaille

quelque peu activement, le cornage devient intense et la suffocation menace.

La nuit, le sommeil est réparateur, mais un ronflement d'une violence excessive l'accompagne constamment.

Depuis quelques mois, une toux assez forte, avec expectoration muqueuse, s'est établie.

L'auscultation n'indique rien autre que des signes peu accentués de bronchite.

La déglutition est facile.

Le cas est sérieux, l'opération sera sans doute laborieuse; mais la vie du malade est en jeu, et il est probable qu'en attendant plus longtemps, on arriverait bientôt au moment où toute opération deviendrait impraticable.

Le 21 novembre 1886, le malade reçoit une injection d'un centigramme de morphine additionnée d'un milligramme d'atropine; un quart d'heure après, on commence l'éthérisation.

Le sommeil arrive rapidement sans période d'excitation.

La narcose obtenue par l'éther a été maintenue jusqu'au moment où nous avons suturé la plaie; elle n'a cessé d'être parfaite.

Une incision partie de la région sous-maxillaire droite est conduite jusqu'au sternum. En passant sur le point le plus saillant de la tumeur, j'y fais une ouverture de quelques millimètres de longueur; le sang s'en échappe abondamment.

Cette hémorragie nous donne quelque ennui, car elle ne peut être réprimée que par la compression avec une éponge; ce qui nécessite la présence de la main d'un aide au milieu du champ opératoire. Il n'était pas possible de s'en tirer autrement, parce que les pinces à forcipressure, très difficiles à appliquer sur la surface convexe et *tendue* du goitre, glissaient ou déchiraient les tissus.

Ce n'est guère que dans certaines tumeurs érectiles ou sarcomes très vasculaires, qu'on rencontre des difficultés analogues. Il est bon d'en être prévenu, afin de ne pas commettre le moindre écart de bistouri.

Une autre difficulté se présentait : les vaisseaux situés dans les couches recouvrant le goitre étaient loin d'avoir la résistance qu'ils ont habituellement.

Toujours friables, à cause de la minceur de leurs parois, ils se déchiraient ici à la moindre traction, sous la friction de l'éponge, pour ainsi dire. Le sang coulait de partout, et s'infiltrait dans les tissus qu'il colorait d'une façon uniforme; de telle sorte qu'il était par moments très difficile de savoir si on était sur la tumeur elle-même, ou si des couches interposées nous en séparaient encore.

Cette incertitude gênante dans l'extirpation de toute tumeur, l'est particulièrement dans celle du goitre.

Insistant sur ce point, dans nos publications faites en collaboration avec le Prof. J.-L. Reverdin, nous avons établi que pour mener rapidement à bien une extirpation de goitre, il fallait marcher droit à la tumeur. et ne plus la quitter.

On ne doit laisser aucune couche, si minime soit-elle, au-devant du néoplasme, c'est la seule manière de ne pas s'égarer, et de ne pas lier inutilement, c'est-à-dire à plusieurs reprises, les mêmes vaisseaux. Dans le cas présent, pour les raisons que j'indiquais tout à l'heure, ce desideratum était très difficile à atteindre. Nous fîmes de notre mieux.

A la partie supérieure droite, sous le maxillaire, nous eûmes à enlever une petite tumeur accessoire, grosse comme une noix, qui se déchirait sous la pression des pinces. Elle contenait une pulpe grisâtre, d'apparence caséeuse. Au bout d'une heure, nous étions fort peu avancés, et les difficultés augmentaient pour ainsi dire à chaque pas.

Les *quatre-vingt-dix pinces* à forcipressure dont nous disposions furent à plusieurs reprises insuffisantes.

Je n'ai jamais rencontré de cas où l'hémostase ait été aussi mouvementée.

L'artère thyroïdienne supérieure avait presque le volume d'une humérale; l'inférieure était aussi de fort calibre. Des veines énormes furent liées et, avec elles, un grand nombre de vaisseaux de moindre importance.

Enfin, la plus grande superficie de la tumeur fut libérée, mais il s'agissait de terminer rapidement; le malade avait perdu beaucoup de sang, et nous avions encore à détacher une large base d'implantation. Nous eûmes recours à la pince qu'a donnée notre ami J. Lucas-Championnière pour pédiculiser les tumeurs abdominales.

Elle me fut très utile; je la plaçai immédiatement au-devant de la trachée et serrai vigoureusement.

Sentant que la prise était bonne, je détachais la tumeur d'un coup de bistouri. A ce moment la plaie se présentait énorme, on eût dit une préparation anatomique destinée à démontrer tous les organes du cou, y compris ceux de la région sus-claviculaire.

En effet, chemin faisant, et pour avoir suffisamment de place, nous avions dû tailler deux vastes lambeaux, qui étaient maintenant rabattus à droite et à gauche. L'hémostase achevée, il restait au moins 60 ligatures dans la plaie.

Deux gros tubes de caoutchouc, placés l'un vers le milieu de l'incision médiane, l'autre à sa partie inférieure, assurèrent le drainage.

Tout fut recousu à la soie.

Pendant les sutures, le malade se mit à chanter et à plaisanter.

Il proposa même de remonter à pied dans sa chambre, ce qui lui fut refusé, bien entendu. En définitive, nous avions enlevé la tumeur principale, le goitre proprement dit, mais le lobe gauche du corps thyroïde et les masses que nous avions signalées dans la fosse sus-claviculaire, et le long du sterno-mastoïdien, restèrent en place. Elles étaient formées d'une série de noyaux durs, arrondis, qui apparaissaient comme des ganglions lymphatiques.

L'opération a duré deux heures et demie, y compris le pansement.

La journée se passe sans incident.

Le malade n'a pas de vomissement, il repose une partie de la nuit.

Le lendemain, pansement, suintement abondant. La nuit est bonne, le malade ronfle avec une violence extraordinaire. Il boit, avale sans peine quelque nourriture. La respiration est facile, la voix légèrement enrouée.

Dans l'après-midi du 23 novembre, *soit 50 heures après l'opération*, je me rends à la clinique. Quel n'est pas mon étonnement en rencontrant mon opéré qui revenait tranquillement de la brasserie, où il avait été, sans autorisation, cela va sans dire, boire sa chope avec un ami. Le soir, il se ressentit de cette escapade, car la température qui jusqu'alors n'avait pas dépassé 38°,9, sauta à 39°,8. Cette imprudence n'eut pas d'autres suites, et tout rentra promptement dans l'ordre, à la grande satisfaction de mon infirmier, dont la responsabilité compromise par ce défaut de surveillance n'était pas sans lui peser quelque peu.

Le pansement fut renouvelé tous les deux jours; les drains, graduellement raccourcis, furent supprimés le douzième jour.

Le malade quitta la clinique le 6 décembre, soit le quinzième jour après l'opération.

Il ne s'écoulait alors qu'un peu de sérosité, au niveau du passage des drains. Notre confrère le docteur Vourloud (de Villeneuve) voulut bien se charger de la fin du traitement. Tout fut entièrement cicatrisé le 17 décembre.

Les figures qui accompagnent l'observation permettent, mieux que le compte rendu le plus détaillé, de constater l'état des choses avant et après l'opération.

Je dois ajouter que la santé générale fut bientôt parfaite, la toux et l'oppression assez diminuées pour que le malade puisse reprendre ses rudes travaux, et venir se faire photographier à Genève le 24 décembre.

Examen histologique de la tumeur, par le Dr Albert Mayor (Genève). — Cette tumeur thyroïdienne, observation VII, est, ainsi que le goitre vulgaire, composée d'une trame fibreuse creusée de nombreuses alvéoles.

Mais ici les alvéoles, au lieu de contenir une substance gélatineuse ou muciforme, accompagnée de quelques cellules disposées en bordure, sont exclusivement remplies d'éléments cellulaires serrés les uns contre les autres.

Cette structure du reste est identique dans les fragments pris au centre de la tumeur, et dans le noyau grisâtre détaché de son extrémité supérieure.

Il n'y a de différence que dans l'importance plus ou moins grande de la charpente conjonctive.

I. — Parfois cette trame fibreuse, solide et résistante, se dispose en épaisses travées, ou en nappes étendues; ses faisceaux constitutifs sont volumineux, homogènes dans leurs interstices; les cellules connectives sont fort rares.

En un mot, il y a, par places, une véritable tendance de la tumeur à affecter la forme dite *goitre fibreux*.

Ailleurs, au contraire, les travées s'amincissent, se ramifient et s'anastomosent, limitant ainsi de nombreuses loges, que remplissent les cellules épithéliales dont nous parlions au début.

Leurs fibres constituantes sont alors plus fines, moins régulièrement parallèles. — Ailleurs enfin, à la finesse de l'élément fibreux s'ajoute la richesse en cellules.

Celles-ci affectent même, quelquefois, la forme embryonnaire, et se réunissent en amas mal limités sur leurs bords.

Les vaisseaux sont rares dans les travées du néoplasme; leurs parois y sont de nature conjonctive et se fondent dans le tissu ambiant.

A la surface de la tumeur, le tissu connectif forme une couche épaisse, semée d'îlots adipeux, et parcourue par de nombreux vaisseaux, dont quelques-uns offrent une paroi musculaire, dont quelques autres ont une légère tendance à la surcharge élastique.

Dans les couches les plus superficielles de cette coque, sont contenus des faisceaux musculaires, à fibres striées, dont la charpente conjonctive se confond avec le tissu d'enveloppe de la tumeur.

II. — Quant au contenu des loges, si quelques-unes d'entre elles montrent à côté des éléments cellulaires, un peu de substance albuminoïde ou quelques cristaux d'acides gras, la plupart sont exclusivement remplies de cellules.

D'une certaine capacité en général, les cavités irrégulièrement arrondies, ou au contraire allongées sous forme de boyaux étroits, renferment des éléments d'aspect épithélial.

Rondes ou cylindroïdes, ces cellules sont munies d'un volumineux noyau ovoïde; leurs bords sont peu distincts; leur protoplasma se colore en jaune grisâtre par le picro-carmin.

Çà et là dans le contenu des loges, apparaissent des espaces clairs, plus ou moins régulièrement disposés. En les examinant de près on reconnaît que certains de ces espaces sont occupés par un élément sphérique, distendu par une substance incolore, transparente et contenant à son centre un noyau arrondi ou irrégulier, toujours volumineux et souvent gigantesque.

Les espaces clairs ne paraissent être que le résultat du déplacement d'éléments du même genre que le rasoir a entraînés.

Si cette tumeur n'offre pas de similitude avec certains des cancers du corps thyroïde, étudiés histologiquement jusqu'à aujourd'hui, particulièrement avec le cas publié par Cornil dans les Archives de physiologie de 1875, ni avec celui dont j'ai donné la description dans les Bulletins de la Société anatomique de 1881, il a au contraire une analogie que l'on ne peut méconnaître avec une tumeur décrite par mon ami Giraudeau, sous le nom de *cancer du corps thyroïde*, et qui avait donné naissance à des noyaux de généralisation dans la plèvre, le foie et les reins, ainsi que dans les ganglions lymphatiques cervicaux. Cependant Giraudeau mentionne des pseudo-tubes anastomosés qui ne sont point aussi nets dans le cas qui vient de nous occuper.

Du reste, de l'analogie de structure, il ne faudrait point conclure à la similitude de pronostic. En dehors du goitre proprement dit, l'histoire des tumeurs de la thyroïde est fort peu connue.

Ce qu'on peut dire cependant, c'est que plus d'une de ces tumeurs de la thyroïde qui finissent par se généraliser, semble avoir préexisté dès longtemps.

Il arrive même que la généralisation se fasse sans que le patient accuse aucun phénomène d'accroissement dans la tumeur primitive qu'il possède et connaît depuis des années.

Ce sont là des faits qui doivent encourager l'intervention opératoire et qui la justifient.

I. — Cornil, *Sur le développement de l'épithéliome du corps thyroïde.* (*Archives de physiologie normale et pathologique*, 1875, p. 659.)

II. — Albert Mayor, *Cancer du corps thyroïde avec noyau secondaire du cerveau et du poumon.* (*Bulletin de la Société anatomique* de 1881, p. 723.)

III. — Giraudeau, *Contribution à l'étude du cancer latent du corps thyroïde.* (*Revue de médecine*, Paris, 1884, p. 103.)

Octobre 1890. — J'apprends que le malade est mort il y a six mois, après une survie de 3 ans 1/2. Les détails de l'événement me sont donnés par une personne étrangère à la médecine. Cette personne peut cependant affirmer que, peu de temps encore avant sa mort, notre opéré jouissait d'une bonne santé et travaillait comme par le passé.

Elle ajoute que le cou avait recommencé à grossir.

Il est plus que probable que la nature douteuse de la tumeur s'est accentuée vers la malignité, et que la mort par généralisation en est résultée.

Voilà un de ces cas dans lesquels on ne peut que regretter de n'avoir pas été appelé à intervenir plus rapidement.

Obs. VIII. — Mme B..., vingt-sept ans, de constitution moyenne, s'est présentée à ma consultation en 1882; elle portait alors un petit goitre qui me parut kystique, et que je lui conseillai de faire extirper.

Elle revient après 5 années de tergiversations; la respiration et la déglutition sont gênées par moments, il n'y a cependant pas de cornage.

Quelques douleurs dans la région de la nuque.

L'état général est bon.

L'accroissement continu de la tumeur et l'aggravation des symptômes qu'elle détermine décident la malade à se faire opérer.

Le 29 novembre 1887, anesthésie par l'éther. Incision de 12 cent. sur la ligne médiane s'arrêtant au niveau de l'articulation sterno-claviculaire.

Le corps thyroïde se présente bientôt; une grosse veine descend verticalement sur son milieu; je puis l'éviter en reportant un peu vers la droite l'incision qui met à nu la tumeur proprement dite.

De forme généralement sphérique, elle présente un prolongement qui contourne la trachée du côté gauche et la comprime.

La tumeur, dans sa totalité, a le volume d'une pomme de moyenne grosseur.

Je l'énuclée avec les doigts en quelques secondes.

Hémorragie en nappe de peu d'importance.

Dix ligatures au catgut.

Contre-ouverture à deux centimètres à droite de l'incision.

Drain. — Suture de Girard. — Pansement iodoformé et ouate. Bande de flanelle.

L'opération a duré 20 minutes.

La malade a quelques vomissements dans la journée.

Le soir, un peu de difficulté à avaler. T. 37°,8. — La nuit est calme.

2e *jour*. — Le pansement n'est pas traversé, la malade est fort tranquille; elle ne souffre pas, et se lève dans l'après-midi. T. 37°,5 et 38°,2.

3e *jour*. — Pansement. Le drainage est supprimé et les tubes qui constituent la suture Girard sont coupés par leur milieu (37°,2 — 38).

4e *jour*. — Les sutures profondes et superficielles sont enlevées.

La réunion *per primam* est absolue.

T. 37 — 37°,8.

Pansement avec bandelettes collodionnées destinées à protéger la ligne de réunion.

5e *jour*. — La malade quitte la clinique absolument guérie. 36°,8 — 37°,6.

Revue le 10 décembre, la cicatrice est restée absolument linéaire.

Obs. IX. — Mme R..., vingt-cinq ans, originaire de Longeray, département de l'Ain, ouvrière de campagne.

Le goitre n'est pas rare dans son pays. Sa famille cependant en est exempte. A quatorze ans, son cou commence à grossir du côté droit. Lorsqu'elle se maria, il y a sept ans, la tumeur, aujourd'hui plus grosse qu'une orange, avait déjà le volume d'un œuf.

A chaque couche (elle en eut trois), son goitre augmenta notablement de volume.

Voici trois ans que la malade a parfois une sensation d'étouffement, surtout lorsqu'elle est couchée sur le dos, ou qu'elle incline la tête en avant.

La déglutition et la phonation ne sont pas altérées.

Tourmentée de voir sa tumeur s'accroître continuellement, et avec elle la gêne respiratoire, la malade consulte le Dr Renther (de Bellegarde), lequel, jugeant l'opération indiquée, m'adresse sa cliente.

Il n'y a aucune hésitation à avoir!

La tumeur développée dans le lobe droit de la thyroïde e-t plus gross qu'une belle orange.

La carotide bat en arrière du sterno-mastoïdien.

La thyroïdienne supérieure est très facile à sentir.

Le 3 mai 1887, injection de morphine (0,01), atropine (0,001). Éthérisation.

Une incision longeant le bord interne du sterno-mastoïdien met à nu la tumeur.

La capsule thyroïdienne est peu épaisse, je l'incise largement d'un coup de bistouri, et passe les doigts entre elle et la tumeur kystique.

En quelques secondes, la masse morbide est enlevée; une hémorragie assez intense suit cette manœuvre, mais, avec les éponges et les pinces, on la maîtrise rapidement.

Vingt ligatures environ sont nécessaires. Ayant placé un drain dans la poche thyroïdienne, je réunis les bords de celle-ci par quelques sutures de catgut, et je fais sortir le tube par une contre-ouverture inférieure.

La plaie cutanée est fermée au moyen de la suture de Girard.

Pansement. Gaze iodoformée et ouate.

L'opération y compris le pansement a duré vingt-cinq minutes.

La journée se passe bien. T. 37°,3.





Fig. 2.

2e jour. — État général excellent; aucune dysphagie ni raucité de la voix. T. 38°-38°,2.

3e jour. — Pansement renouvelé, sécrétion insignifiante; le drain est supprimé. T. 38°,0-38°,3.

4e jour. — La suture est enlevée, la réunion est parfaite. T. 38°,2-38°,2.

5e jour. — T. 37°,4-37°,8.

La malade est photographiée.

Elle quitte la clinique le 10 mai, soit sept jours après l'opération.

Elle se levait à partir du second jour.

J'en reçois d'excellentes nouvelles en janvier 1888.

Obs. X. — Mme D..., de Thorens (Haute-Savoie), quarante ans, célibataire.

Sa santé a toujours été bonne. Il y a huit ans elle eut une angine, origine, suivant elle, de son mal actuel.

Son père est mort d'hémorragie cérébrale, sa mère avait un goitre qui ne la gêna jamais.

Sur dix frères et sœurs, un seul eut aussi un goitre, peu gênant.

La malade se présente à nous le 20 décembre 1887, se plaignant surtout de gêne respiratoire dont elle fait remonter l'origine à huit ans en arrière; cette dyspnée qui va toujours en augmentant, malgré les nombreux onguents employés, est presque nulle au repos, tandis qu'elle apparaît dès que la malade fait le moindre effort (marcher, tousser, monter les escaliers) et dès qu'elle a mangé. Une petite toux sèche, superficielle mais fréquente, la tourmente sans cesse.

La voix est restée bonne; pas d'expectoration, pas de dysphagie. — Appétit faible, fréquentes nausées, pas de vomissements; douleurs vagues dans toute la poitrine, palpitations. Menstruations régulières à partir de dix-huit ans.

Ces symptômes sont sous la dépendance d'un goitre bilobé intéressant le corps thyroïde dans son ensemble. Le volume de chacun des lobes est celui d'une pomme de moyenne grosseur. Le gauche est le plus volumineux. La peau est normale.

La tumeur présente partout la même consistance dure, élastique; sa mobilité sur les parties profondes est limitée; à droite, comme à gauche, elle se cache sous la clavicule et le sternum.

La température locale est normale.

Le cou mesure 40 centimètres à sa base. L'auscultation ne révèle aucun souffle.

Le cœur et les poumons sont sains.

Dans ce cas, ce ne sont donc que les accidents respiratoires qui indiquent l'opération, car, ni le volume, ni la nature de la tumeur ne sont un danger pour la malade.

Le 24 décembre 1887 la malade étant éthérisée, je fais une incision de 12 centimètres le long du sterno-mastoïdien droit.

La couche musculaire est remarquablement épaisse, surtout pour une femme.

Cette sangle musculaire applique fortement la tumeur sur la trachée, et la comprime, ce qui explique, en partie du moins, la gêne respiratoire.

Il est à craindre que cette compression constante n'ait déjà produit un certain degré de ramollissement de la trachée; c'est, chemin faisant, que nous verrons l'état de cet organe, et que nous pourrons décider s'il sera mieux de faire une extirpation totale ou partielle.

Arrivé sur la tumeur, j'incise la capsule de façon à voir si l'énucléation est possible; la spatule entre dans une masse mollasse, rose jaunâtre, friable, comme un ganglion lymphatique ramolli; c'est du tissu adénoïde. Je vois qu'il faudrait perdre beaucoup de temps et surtout de sang pour énucléer les 3 ou 4 masses semblables qui constituent la tumeur. — De gros vaisseaux rampent à sa surface, et je n'ai pas le sentiment que l'énucléation soit aisée ni même possible.

Je me décide alors à pratiquer l'extirpation du lobe droit.

Les artères thyroïdiennes sont liées, puis la masse séparée de la trachée avec laquelle ses adhérences sont peu intimes.

L'extirpation se termine par la section de l'isthme; c'est alors qu'il est possible d'examiner la trachée. Elle est si molle et si déformée, que je crois prudent de borner là mon intervention.

Il me semble que le lobe gauche et le lobe médian seront une protection pour elle et qu'en les conservant, ce canal aura plus de chance de ne pas se déformer et de ne pas subir l'influence des pressions extérieures.

C'est donc à titre de *tuteur* que je ménage ces parties. Une vingtaine de ligatures sont laissées dans la plaie; la surface de section de l'isthme saigne avec une persistance qui nous fait perdre près d'un quart d'heure. A force de pincer et de lier, j'arrive bientôt à une hémostase parfaite. — Nous n'avons pas vu le récurrent, la ligature de la thyroïdienne inférieure a été appliquée de façon à le ménager autant que possible. Deux sutures perdues ramènent au-devant de la trachée et du drain qui la côtoie les tissus qu'il est possible de rapprocher. Contre-ouverture pour le drain.

L'opération a duré trente-cinq minutes. La malade est reportée dans son lit encore endormie, la respiration est bonne, le pouls également. Les efforts de vomissement continuent.

Dans l'après-midi, l'angoisse est grande, la malade est très agitée, elle étouffe.

Vers le soir la suffocation est imminente, le professeur J.-L. Reverdin pratique d'urgence la trachéotomie. La respiration se relève un peu, mais l'amélioration est de courte durée; les accès de suffocation se succèdent sans relâche. On ne quitte pas la malade, car il faut sans cesse nettoyer la canule, qu'obstruent d'abondantes mucosités.

Cette lutte dure quatre jours et quatre nuits; la congestion pulmonaire finit par amener la mort le 27 décembre au matin.

A l'autopsie nous trouvons la trachée absolument ramollie et aplatie sur une grande hauteur; c'est le type parfait de la trachée en fourreau de sabre. Le lobe gauche a sans doute joué le rôle que je pensais pouvoir lui attribuer, il a maintenu la trachée et le larynx à leur place; mais il ne pouvait empêcher le conduit aérien de s'aplatir dans toutes les parties mises à nu par l'ablation du lobe droit.

Dans des cas de ce genre, on pourrait songer à fixer à la peau par des sutures les lèvres d'une longue incision du larynx et de la trachée de façon à lutter contre ce fatal aplatissement du tube aérien dégénéré, aplatissement qui s'accroît en raison directe de la gêne respiratoire et par conséquent de la violence des efforts d'inspiration qu'elle provoque.

Mais cette large plaie serait bien difficile à protéger contre l'infection, et la pneumonie laisserait sans doute peu de survie aux opérés.

Obs. XI. — Mme B..., de Saconnex (canton de Genève), est une femme de quarante-deux ans, grande, vigoureuse, mais extrêmement nerveuse et disposée à se préoccuper outre mesure de sa santé.

Elle se fait soigner en ce moment pour une pharyngite chronique.

Elle a essayé depuis quelques années de tous les remèdes pour se débarrasser d'un goitre kystique développé dans le lobe droit de la thyroïde. Je propose l'opération d'autant plus volontiers que les troubles respiratoires sont déjà très nets, et que l'accroissement de la tumeur est rapide. La mère et la sœur de la malade ont, elles aussi, des goitres, mais ils ne donnent lieu à aucun symptôme gênant et sont d'ailleurs parenchymateux et non kystiques.

Je prescris à la plus jeune des pilules d'iodoforme, la grand'maman ne prendra rien; son vieux goitre auquel elle est habituée ne la gêne nullement, et sa disparition lui serait plutôt désagréable!... Tant il est vrai que l'habitude est une seconde nature!

L'opération est fixée au 12 avril 1888.

La malade étant endormie à l'éther, je pratique à 3 centimètres en dedans du bord interne du sterno-masthoïdien, une incision de 14 centimètres de longueur. La peau est normale, mais la musculature qui recouvre le goitre est remarquablement développée. Lorsqu'elle est divisée la tumeur se présente régulièrement arrondie; sa coloration pâle tranche naturellement sur le rouge des parties voisines. On se croirait sur le kyste lui-même, et cependant nous savons qu'une couche de tissu thyroïdien le recouvre encore; cette couche est très mince et paraît peu vasculaire : ceci provient de ce qu'elle est tendue à la surface du kyste.

Je l'incise et parviens très aisément à décortiquer la tumeur. Peu de sang, 7 ligatures en tout.

L'hémostase assurée, je place un drain dans la cavité et le fais ressortir par une contre-ouverture à la partie inférieure droite de l'incision.

Les bords de la poche thyroïdienne sont rapprochés au-devant de lui par 3 points de sutures perdues au catgut.

La peau est réunie par une suture de Girard très exacte.

Pansement iodoformé et ouate.

L'opération, y compris le pansement, a duré vingt-cinq minutes.

La tumeur a le volume d'une pomme de moyenne grosseur : elle est constituée par une membrane épaisse de 2 millimètres, très ferme, peu élastique; sa cavité est remplie d'un liquide vert roussâtre.

D'épaisses couches fibrineuses tapissent sa face interne.

La malade se réveille aisément, elle a d'ailleurs respiré peu d'éther; la journée et la nuit sont bonnes. T. 37°,9 le soir.

2e *jour.* — La malade, très nerveuse, se plaint d'être obligée de rester au lit, mais en somme ne ressent aucune douleur. T. 37°,4-38°,2.

Le pansement est renouvelé, la plaie a très bon aspect.

3e *jour.* — Un drain est supprimé, ainsi que les sutures profondes. La malade se lève. T. 38°,1-38°,8.

4e *jour.* — Le second drain est supprimé, ainsi que toutes les sutures superficielles. T. 37°,8-37°,6.

La malade n'a plus comme pansement qu'une bandelette de gaze, maintenue avec du collodion.

Elle quitte la clinique le jeudi 18 avril, soit sept jours après son entrée, et va se faire photographier.

Revue en mars 1890, elle jouit d'une parfaite santé. La cicatrice est linéaire, presque blanche.

Obs. XII. — Mlle M..., trente-huit ans, a toujours été délicate de santé.

En 1882, elle souffre d'un rhumatisme articulaire aigu.

En 1887, une fluxion de poitrine la retient sept semaines au lit; elle était à peine sortie de convalescence, lorsqu'elle vint me consulter en juin 1887.

Sa mère, qui mourut d'une attaque d'apoplexie à l'âge de quarante-cinq ans, avait comme elle un goitre énorme.

Le sien occupe le lobe droit de la thyroïde, il a le volume du poing.

Le lobe gauche est également hypertrophié, mais on n'y sent pas de tumeur.

Le goitre quoique mobile comprime cependant assez le larynx pour déterminer, sinon des accidents graves, du moins une gêne marquée de la respiration.

La santé générale est en souffrance, la malade est très pâle; elle tousse toujours un peu, et se plaint de coryza chronique.

L'auscultation ne révèle rien dans les poumons.

La malade est parfaitement décidée à se faire opérer, et je ne puis que l'y encourager vu les symptômes de gêne respiratoire, qui s'accroissent lentement, il est vrai, mais d'une façon continue.

Le 21 juin 1887, anesthésie par l'éther.

Incision de 15 centimètres suivant le grand axe du goitre. La couche musculaire est peu développée; après l'avoir divisée, je tombe sur la tumeur qui est énucléée sans grande difficulté.

Deux noyaux accessoires sont enlevés de la même façon, et par la même incision.

Il se produit à ce moment une hémorragie en nappe aisément réprimée.

Le lobe gauche examiné directement n'est pas touché, vu qu'il ne présente aucune masse morbide.

Drainage par contre-ouverture, suture de Girard.

Pansement à la gaze iodoformée, ouate et flanelle.

Durée de l'opération, 30 minutes.

1er jour. — Légère altération de la voix dans la journée, pas de dysphagie notable.

2e jour. — Le pansement est renouvelé, la malade est tranquille, la respiration libre, légère raucité de la voix.

3e jour. — Le drainage est supprimé.

La cicatrisation se poursuit sans encombre, et la malade quitte la clinique le 27 juin, soit le 6e jour après l'opération.

Elle est photographiée.

Deux jours après, la malade me fait appeler chez elle; son cou a gonflé,

des phénomènes inflammatoires se développent accompagnés de fièvre et de douleurs très vives.

La malade est restée au courant d'air et attribue ces accidents au froid.

J'écarte avec un stylet l'angle inférieur de la ligne de réunion et y place un drain.

Il s'écoule un peu de liquide jaunâtre.

Les jours suivants, la sécrétion devient franchement purulente, et il s'élimine quelques petits lambeaux mortifiés de tissu cellulaire ou thyroïdien.

La sécrétion se tarit peu à peu et, au bout de 8 jours, tout rentre dans l'ordre.

En décembre 1888, la malade se loue fort de sa décision, et déclare n'avoir jamais joui d'une meilleure santé.

Revue en octobre 1891 en parfait état.

Obs. XIII. — Mlle X..., vingt-sept ans, de Pierre, près de Collonges-sous-le-Fort, me consulte pour un goitre du volume d'une orange, kystique et placé sur la ligne médiane ; gêne respiratoire ; cette tumeur, à développement rapide, sera facile à enlever ; elle est très mobile, et la couche de tissu thyroïdien qui la recouvre est fort mince.

Traitement médical sans résultat.

Le 29 février 1889, anesthésie par l'éther, narcose pénible au début.

Incision de la ligne médiane, les couches qui recouvrent le kyste sont, comme je l'avais prévu, assez minces ; et la décortication se fait sans difficulté avec les doigts.

Une dizaine de ligatures.

Un second noyau qui n'avait pas été reconnu, vu sa situation profonde, est également enlevé; il a le volume d'une amande.

L'hémostase assurée, je place un drain à travers une contre-ouverture, située à la partie inférieure droite de la région.

Des lambeaux de tissu thyroïdien sont suturés au devant de lui. Puis la peau est exactement affrontée par une suture en surjet.

La perte de sang a été insignifiante.

L'anesthésie a pu être supprimée dès le milieu de l'opération, et la malade remonte à pied dans sa chambre 35 minutes après le début de l'opération.

Le drain est enlevé le 2e jour, les fils le 4e.

La réunion par première intention est parfaite.

La malade est photographiée le 6e jour et quitte la clinique le lendemain.

Elle n'a passé que 36 heures au lit.

Revue depuis en parfaite santé.

Obs. XIV. — A..., vingt-deux ans, ouvrier typographe, grand, maigre, pâle, apparence chétive, est porteur d'un goitre multilobé, de nature adénoïde.

Voici de longs mois qu'il reçoit des soins.

Le 25 novembre 1890, opération. Narcose par l'éther. — Incision de 12 centimètres le long du bord interne du sterno-mastoïdien, descendant jusqu'à la fourchette sternale; elle passe en dedans du lobe gauche, et croise le lobe médian, ce qui permettra l'énucléation des trois noyaux qu'on sent nettement dans ces portions de la glande.

Dans le lobe droit, on distingue encore une tumeur semblable aux autres quant à sa consistance, mais de moindre volume.

Comme le malade est très pâle, que l'hématose est en souffrance, il nous paraît plus sage de ne pas prolonger outre mesure l'opération, pour enlever ce petit nodule.

Nous décidons en conséquence de n'y pas toucher. Plus tard, s'il s'accroît et surtout si la respiration ne devient pas satisfaisante après l'opération, nous pourrons y revenir sans crainte, le malade s'étant reconstitué. Le lobe médian mis à nu, une incision de 7 centimètres nous permet la facile énucléation de la tumeur qu'il renferme; elle a le volume d'un œuf de pigeon; elle est nettement distincte de sa coque thyroïdienne.

Au-dessous d'elle, dans le lobe gauche, la seconde tumeur, plus grosse d'un tiers, est encore assez aisée à amener; elle se déchire cependant comme certains ganglions ramollis. Là encore nous pouvons démontrer l'enveloppe thyroïdienne bien nette.

Le troisième noyau a le volume d'une mandarine; très adhérent au tissu thyroïdien, il faut travailler vigoureusement à l'aide des doigts, des ciseaux et des pinces pour l'isoler.

La tumeur est formée de petites loges très serrées réunies par un tissu conjonctif dur, résistant, qui s'étale par places à sa surface, et pousse des prolongements très résistants, du côté de la périphérie. Au bout de quelques minutes cependant la tumeur peut être considérée comme extraite en totalité, mais la cavité qu'elle laisse derrière elle, est forcément irrégulière, délabrée par la dissection.

En somme très peu de sang.

Une vingtaine de ligatures pour les trois tumeurs.

Un drain pour la cavité du lobe médian, et un autre pour les deux excavations du lobe gauche, assurent un drainage suffisant.

Une contre-ouverture à droite de la ligne médiane et une à gauche, laissant passer les tubes.

Suture continue à la soie.

Durée de l'opération, 30 minutes.

Pansement iodoformé, ouate, flanelle.

Réveil facile.

Le malade est un peu inquiet les deux jours suivants, il a de la peine à avaler, et sa voix est très éteinte.

La T. monte à 37°,3 le premier soir, à 37°,9 le deuxième.

Le malade se lève à partir du 2e jour.

3e jour. Les drains sont supprimés.

4e jour. Le malade occupe ses loisirs à corriger des épreuves d'imprimerie.

Le *6e jour*, toutes les sutures sont enlevées. Attaches collodionnées, pour soutenir la réunion qui est parfaite.

8e jour. Le malade va à son bureau sans cependant y travailler; il reste assez faible pendant une partie de l'hiver, mais est actuellement en bien meilleur état qu'avant l'opération. Le petit lobule signalé dans le lobe droit, loin d'avoir augmenté, a plutôt diminué de volume (juillet 1891).

Voyons, avant de terminer, quels sont les faits les plus saillants qui ressortent des observations qui précèdent.

Le *Sexe* des opérés est très inégalement réparti : nous avons neuf femmes pour cinq hommes seulement. Cette disproportion a déjà été signalée par les auteurs : il est intéressant de constater qu'elle se confirme. Quant à sa cause, devons-nous la rechercher dans les poussées congestives du corps thyroïde qui accompagnent la menstruation et dans celles qui résultent des efforts de l'accouchement? Je serais assez disposé à me ranger à cet avis, d'autant plus qu'un autre fait semble aussi trouver son explication dans le phénomène de l'effort, je veux parler de la *plus grande fréquence du goitre du côté droit* : nous avons vu 10 fois le lobe droit envahi, tandis que le lobe gauche et le lobe médian ne le furent que deux fois chacun.

La même remarque a été faite par Krishaber.

« Lorsque l'hypertrophie, dit-il, porte exclusivement sur un lobe,
« celui de droite est plus souvent intéressé que celui de gauche.
« Quant aux goitres limités à l'isthme, ils sont rares. »

Il est évident que si l'effort a un rôle à jouer dans cette pathogénie, le côté droit a plus de chance que le gauche d'être compromis.

Je ne donne cette manière d'interpréter le fait qu'à titre d'hypothèse. On en fait de plus risquées que celle-là.

L'*Age* de nos malades oscille entre vingt et un et cinquante-huit ans : nous n'avons donc opéré ni enfants ni vieillards.

L'âge moyen a été de trente-cinq ans.

Au point de vue de leur *Nature*, j'ai divisé mes cas en trois groupes, mais je dois reconnaître que la classification exacte des tumeurs du corps thyroïde est chose difficile (pour ne pas dire impossible), vu qu'il arrive souvent de rencontrer dans la même glande des parties kystiques, d'autres solides, et qu'on assiste fréquemment au passage d'une forme à une autre. — Dans quelle classe ranger ces tumeurs en voie de transformation?

J'ai cru pouvoir diviser les 14 goitres dont je fais l'histoire en 5 parenchymateux, 6 kystiques et 3 adénoïdes, en me basant sur leur apparence générale. Cette classification de salle d'opération, plutôt que de laboratoire d'anatomie pathologique, me paraît suffisante.

Statistique de 14 opérations de goitre, par M. le Professeur Auguste Reverdin.

Nos	SEXE	AGE	NATURE	CÔTÉ	OPÉRATION	DURÉE DE L'OPÉRATION	LEVER	DURÉE DU TRAITEMENT	RÉSULTAT
1	Femme.	30 ans.	Parenchymateux.	Gauche.	Extirpation partielle.	25 minutes.	5e jour.	12 jours.	Guérison.
2	Femme.	58 ans.	Parenchymateux.	Droit.	Extirpation partielle.	60 minutes.	2e jour.	6 jours.	Guérison.
3	Femme.	21 ans.	Kystique.	Médian.	Énucléation.	20 minutes.	1er jour.	6 jours.	Guérison.
4	Homme.	53 ans.	Parenchymateux.	Droit.	Extirpation partielle.	1 heure 10 minutes.	2e jour.	4 jours.	Guérison.
5	Homme.	40 ans.	Parenchymateux.	Droit.	Extirpation partielle.	1 heure 15 minutes.	7e jour.	13 jours.	Guérison.
6	Homme.	22 ans	Kystique.	Droit.	Extirpation partielle.	20 minutes.	2e jour.	20 jours.	Guérison.
7	Homme.	47 ans.	Parenchymateux.	Droit.	Extirpation partielle.	2 heures 30 minutes.	2e jour.	26 jours.	Guérison.
8	Femme.	27 ans.	Kystique.	Droit.	Énucléation.	20 minutes.	2e jour.	4 jours.	Guérison.
9	Femme.	25 ans.	Kystique.	Droit.	Énucléation.	25 minutes.	2e jour.	7 jours.	Guérison.
10	Femme.	40 ans.	Adénoïde.	Droit.	Extirpation partielle.	35 minutes.	....	3 jours.	Mort.
11	Femme.	42 ans.	Kystique.	Droit.	Énucléation.	25 minutes.	3e jour.	7 jours.	Guérison.
12	Femme.	38 ans.	Adénoïde.	Droit.	Énucléation.	30 minutes.	5e jour.	11 jours.	Guérison.
13	Femme.	27 ans.	Kystique.	Médian.	Énucléation.	35 minutes.	2e jour.	5 jours.	Guérison.
14	Homme.	22 ans.	Adénoïde.	Gauche.	Énucléation.	30 minutes.	2e jour.	6 jours.	Guérison.

Elle m'a conduit à pratiquer 7 extirpations partielles et 7 énucléations.

Cette apparente contradiction avec la thèse que je développe en faveur de l'énucléation exige quelques éclaircissements. Pourquoi un chaud partisan de l'énucléation extirpe-t-il la moitié de ses goitres, 7 sur 14? Ma justification sera prompte et claire, je l'espère.

Il suffira, tout d'abord, de consulter le tableau statistique qui résume les observations pour constater que c'est sur mes 7 premiers cas que j'ai pratiqué 6 fois l'extirpation partielle, tandis que sur mes 7 derniers je ne l'ai jugée indiquée *qu'une seule fois*. On ne saurait oublier qu'autrefois j'extirpais presque toujours.

Or, on ne sort pas, aussi volontiers que la théorie pourrait le faire croire, de la routine opératoire, surtout lorsque cette routine ne vous a jamais fourni de cas de mort.

Ce n'est donc que peu à peu, *guidé par des cas qui s'y prêtaient*, que je suis arrivé à préférer l'énucléation et surtout à la connaître.

Je rappellerai en outre que, parmi les 7 premiers cas, il en est 4 dont j'ai décrit les particularités, pour bien faire ressortir que l'énucléation n'était pas praticable. Ce sont les N°s IV et V : les goitres avaient été profondément modifiés par des cautérisations et des injections. Le n° VII : les tissus se déchiraient de toutes parts et n'avaient pas à proprement parler de capsule distincte.

Enfin le n° VI : des adhérences intimes reliaient la capsule à la tumeur.

Il ne resterait donc que les cas I et II (le n° III a été énucléé) sur lesquels pourrait planer un certain doute.

Ferais-je aujourd'hui ce que je n'ai pas osé en 1884? C'est bien possible....

J'aurai terminé cette revision au point de vue opératoire, lorsque j'aurai repris ma dernière extirpation partielle (obs. X). On se souvient que des accidents respiratoires graves m'avaient mis en garde contre le ramollissement éventuel de la trachée; j'avais donc tout intérêt à mettre à nu cet organe, afin de pouvoir faire la trachéotomie, si les circonstances le commandaient. Malgré ce desideratum, et pour rester fidèle à l'énucléation, je la tentai.

En présence de noyaux multiples dont le manque de consistance compliquait l'opération, je craignis une perte de sang trop forte pour une malade affaiblie et me décidai à l'extirpation du lobe que j'avais entre les mains.

Je prévoyais d'ailleurs que cela se ferait sans difficulté.

Tout cela prouve à l'évidence, il me semble, que plus j'avançais dans la série, plus je me rangeais sous le drapeau de l'énucléation.

Les autres points de vue auxquels il est encore intéressant de comparer les résultats sont ceux de la *durée* de l'acte opératoire et de la *guérison*.

J'ai donc pris des moyennes et ai trouvé que les énucléations se sont faites (y compris le pansement) en 26 minutes et que les malades guérirent en moins de 7 jours; tandis que les extirpations partielles ont duré 62 minutes et leur guérison a nécessité quatorze jours.

Quoique des statistiques on puisse tirer un peu tout ce qu'on veut, je considère celle-ci comme répondant assez exactement à l'opinion que je me faisais de la valeur relative des deux opérations.

Certainement tous les cas ne sont pas absolument comparables, mais puisque dans la pratique l'extirpation restera, je pense, une opération de nécessité et non une opération de choix, il est clair que ses inconvénients immédiats seront encore aggravés par la difficulté des cas qui lui tomberont en partage.

La statistique ne peut donc manquer de s'en ressentir.

Tous mes opérés ont guéri, sauf cette malheureuse femme de quarante ans, dont la trachée avait perdu toute consistance et que la trachéotomie ne parvint pas à sauver.

Là on ne saurait accuser ni le chirurgien, ni la méthode; l'opération n'a pas été longue (35 minutes); elle n'a été traversée par aucun accident, et quant à son opportunité, on ne saurait la discuter, puisque les accès d'étouffement menaçaient la vie d'un instant à l'autre.

Les conclusions qui découlent de ce travail s'imposent : *le chirurgien devra, avant tout, chercher à énucléer.*

Il aura l'avantage de guérir plus sûrement et plus rapidement ses malades, de leur laisser des traces moins palpables de son passage et surtout de ne pas les exposer au triste myxœdème opératoire.

Depuis les faits que je viens de rapporter, j'ai eu l'occasion d'opérer quatre goitres. Leur histoire prêtant à des considérations pratiques qui ont peut-être quelque intérêt, je les joindrai aux précédents.

Fidèle au principe que j'ai adopté, j'en donnerai les observations prises au jour le jour, c'est-à-dire aussi exactes que possible et suffisamment détaillées pour qu'on puisse en tirer quelques conclusions.

Cette manière de faire entraîne sans doute un certain degré de monotonie dans la forme, mais on voudra bien me le pardonner en songeant que les redites sont impossibles à éviter lorsque l'on décrit une série d'opérations du même genre.

Obs. XV. — Homme de vingt-cinq ans, de Morez (Jura), assez vigoureux et de bonne santé, se présente à moi pour être débarrassé d'un goitre qui depuis deux ans s'est rapidement accru, particulièrement dans ces derniers temps. La tumeur de forme généralement arrondie occupe la région sous-maxillaire droite; elle a le volume d'une grosse orange. La carotide est un peu refoulée en arrière; à l'auscultation, on entend de légers souffles vasculaires.

Le lobe gauche présente un noyau assez dur situé directement au-dessus de la clavicule.

L'isthme paraît sain.

Le goitre donne à la palpation la sensation d'une grappe composée d'une série de lobules gros comme des noisettes, peu mobiles et peu fluctuants.

Le malade a déjà subi, sans résultat, divers traitements médicaux.

Le volume de la tumeur et son accroissement rapide sont des raisons suffisantes pour souscrire à l'opération que réclame le malade.

Je ne sais si je pourrai énucléer; je pose même un fort point d'interrogation à cet égard; je n'ai pas le sentiment que la chose soit facile.

Le 24 novembre 1891, le malade prend un bain sérieux, il en avait besoin!

Purgé le 25 novembre, il est opéré le lendemain. Narcose par l'éther.

Incision de 14 centimètres, le long du sterno-mastoïdien. L'omoplato-hyoïdien est récliné par en bas.

Le lobe mis à nu, puis incisé, j'essaye d'énucléer; la capsule se déchire facilement, elle est très mince, très friable; je vois bientôt qu'il sera impossible de la décoller. On pourrait l'arracher par petits morceaux, mais non la conserver quelque peu intacte; et ce mince résultat ferait perdre beaucoup de sang.

Je passe immédiatement à l'extirpation du lobe malade. Les artères thyroïdiennes sont aisément liées et à part un petit instant de gêne respiratoire due aux tractions exercées sur la trachée pendant les derniers moments de l'opération, tout marche à souhait.

Quelques sutures profondes rapprochent les parties. Suture de Girard pour la peau.

Contre-ouverture pour le drain en bas et en dehors.

Pansement et opération ont duré trente minutes. Réveil rapide. Le soir T. 37°,8.

Un peu d'enrouement et de dysphagie le lendemain. Le second jour le malade se lève; T. 37°,5, 37°,9.

Le troisième jour, le pansement est renouvelé, les drains enlevés ainsi que la plupart des sutures. T. 37°,3, 37°,5.

Le cinquième jour, tout est supprimé, la guérison est absolue, mais comme l'opéré va faire une longue marche pour regagner son domicile, je place de chaque côté de la ligne de réunion des bandelettes de mousseline collodionnées que j'attache entre elles au-dessus d'une mincefeuille de ouate qui protège la cicatrice.

Départ pour Morez (six heures de marche dans la montagne), le sixième jour après l'opération! La température maxima a été 37°,9 le second soir.

Obs. XVI. — Homme de soixante-deux ans, bonne santé habituelle. Son lobe thyroïdien droit loge, depuis de longues années, un goitre qui présente aujourd'hui le volume d'un œuf d'autruche. Régulièrement arrondie, la tumeur semble fluctuante, mais sa distension est si forte qu'on pourrait la prendre pour une tumeur solide, alors qu'il s'agit en réalité d'une dégénérescence kystique. — Le cou mesure 52 centimètres de circonférence. — Ce sera là, pensons-nous, un cas type d'énucléation. Mais ce qui rendra probablement l'opération difficile, ou même périlleuse, c'est la déviation considérable du larynx vers la gauche. Avons-nous encore un larynx et une trachée solides, ou bien présentent-ils déjà un certain degré de ramollissement ?

Ce qui parle en faveur de la bonne conservation du conduit aérien, c'est l'absence d'accès de suffocation.

La respiration est, il est vrai, un peu bruyante, légèrement gênée, mais il n'y a jamais eu de crise inquiétante.

Quant à la vascularisation de la tumeur, elle paraît peu considérable. A l'aide du stéthoscope, on entend des bruits vasculaires de faible intensité.

La face est remarquablement congestionnée.

Le malade qui a suivi sans grands résultats divers traitements médicaux nous demande instamment à être débarrassé de son *grelot* (c'est ainsi qu'il a baptisé sa tumeur).

L'opération nous paraît absolument indiquée, et nous la fixons au 19 décembre 1891.

Anesthésie par l'éther.

Incision de 16 centimètres le long du bord interne du sterno-mastoïdien.

Le peaucier incisé, nous rencontrons l'omoplato-hyoïdien que nous réclinons en haut.

Plusieurs feuillets sont encore divisés. Nous pensons être sur la tumeur, mais, comme on le verra par la suite, il n'en est rien. Une couche reste encore; et c'est là précisément que la chose devient instructive. Cette couche se laisse si facilement séparer des parties qui l'entourent que je n'hésite pas à croire que j'énuclée le goitre lui-même. Erreur! Une coque très mince, mais résistante, enveloppe encore le kyste. Elle va s'épaississant en arrière et immédiatement à droite de la trachée, à laquelle elle adhère assez fortement.

Malgré cela j'extirpe le tout en quelques minutes. Pas de vaisseaux à lier.

Ce qui explique la facilité relative de cette *extirpation partielle involontaire,* c'est le fait que le goitre kystique s'est développé lentement, étalant au devant de lui le tissu thyroïdien, au point de le réduire, surtout en avant, à l'état d'une mince couche peu vasculaire

En arrière le tissu a conservé plus d'épaisseur et présente encore l'apparence de tissu thyroïdien, quoique toute cette coque thyroïdienne ait beaucoup perdu de son aspect spécial. Ce n'est que *la pièce en mains* qu'il est possible d'établir le diagnostic exact.

Je ne pense pas que l'extirpation du lobe droit, réduit à l'état de mince feuillet, soit capable d'amener des accidents myxœdémateux, car le tissu qui représente encore, on pourrait presque dire *théoriquement,* le corps thyroïde, a vu depuis longtemps sans doute ses fonctions se réduire à un minimum négligeable. Les artères thyroïdiennes qui ont certainement été liées chemin faisant avaient, pour ces mêmes raisons, un volume relativement peu considérable.

La perte de sang totale a été très minime.

Un gros drain occupe l'angle inférieur de la plaie; j'ai fini par le mettre là, contre mon habitude, parce que la contre-ouverture que je fis à la partie inférieure droite de mon incision détermina une hémorragie veineuse pour l'arrêt de laquelle je fus obligé de réunir mes deux incisions d'un coup de bistouri.

Quelques sutures perdues rapprochent les parois de la cavité.

Une suture en surjet ramène aisément la peau.

L'opération a duré 35 minutes.

Le soir : T. 38°.

Le malade se lève dès le lendemain matin et vient se faire panser à la salle d'opération.

T. 37°,5 — 38°,9. État général excellent.

2e *jour.* — T. 37°,7 — 38°,8.

4e *jour.* — T. 37°,4 — 37°,6. Le drain est supprimé.

5e *jour.* — T. 37°,5 — 38°,1. Sutures enlevées.

6e *jour.* — Le malade quitte la clinique et se fait photographier. T. 37°,2 — 37°,6.

7e *jour.* — Un peu d'écoulement persiste encore. T. 37°,2.

Pansement à la clinique de trois en trois jours. Cet écoulement peu abondant présente une consistance glaireuse spéciale que j'ai toujours

rencontrée en pareille circonstance. L'opéré se porte bien, n'a aucune fièvre, et mène sa vie habituelle. L'écoulement se tarit peu à peu. Le 1er février 1892, un petit bourgeon qui persiste encore est cautérisé au nitrate d'argent; c'est tout ce qui reste du processus suppuratif que nous avons constaté et qui était dû, je pense, à quelques lambeaux de tissu thyroïdien trop malmenés pendant l'énucléation.

Le traitement, très prolongé par cette légère complication, a duré quarante jours.

Obs. XVII. — Mme X..., vingt-sept ans, mariée depuis cinq ans, est mère de trois enfants. Elle allaite le dernier qui est âgé de huit mois.

Dès l'enfance, Mme X... a eu le cou gros, mais ce n'est que peu à peu, depuis son premier accouchement, qu'elle a vu un goitre se développer à droite (sa mère a un goitre volumineux, ses sœurs n'en ont pas).

Actuellement la tumeur a le volume d'une petite orange; elle occasionne souvent de la gêne respiratoire, surtout depuis qu'une autre tumeur, grosse aujourd'hui comme une prune, s'est développée *rapidement* dans le lobe gauche.

La malade a été à plusieurs reprises, dans ces derniers temps, obligée de se lever la nuit, pour reprendre sa respiration. C'est préoccupée de ces accès de suffocation, qui vont se rapprochant, qu'elle vient consulter.

Je l'engage à sevrer son nourrisson et à se préparer à l'opération, par l'usage de pilules iodoformées. — Deux mois sont nécessaires pour ces préparatifs.

Le 14 janvier 1892, anesthésie par l'éther.

Une incision légèrement oblique de haut en bas et de droite à gauche, aboutissant à la fourchette sternale, met à découvert le lobe malade.

La capsule thyroïdienne est très mince, elle se déchire, et il faut beaucoup de précautions pour la détacher.

Le goitre composé d'une multitude de kystes formant une masse arrondie et lisse, est aisément énucléé.

Quelques pinces sont laissées à demeure pendant que j'extrais l'autre tumeur à travers une incision de 6 centimètres, longeant le bord interne du sterno-mastoïdien gauche.

Cette tumeur kystique se rompt pendant son énucléation, mais est néanmoins extraite en totalité.

Drain et suture continue.

Revenant à la première plaie, je la réduis au moyen de quelques sutures perdues et j'y place un drain après avoir assuré l'hémostase par une quinzaine de ligatures.

L'opération peu sanglante a duré trente-cinq minutes.

Suture continue à la soie.

La nuit est un peu agitée. T. 37°,3.

2e *jour*. — Un peu de gêne de déglutition, et douleur dans la région mastoïdienne gauche. T. 36°,7-37°,4.

3e jour. — La malade, qui s'est levée quelques instants hier, se lève aujourd'hui toute la journée. T. 37°,2°-37°-5°, pansement renouvelé. Les drains sont enlevés.

4e jour. — T. 36°,8-37°,4.

5e jour. — Tout va bien, la malade se promène toute la journée. T. 36°,7-37°,-8.

6e jour. — Les sutures sont supprimées. La réunion par première intention est absolue, sauf au niveau du passage des drains. T. 36°,8-37°,5.

7e jour. — T. 37°,0-37°,7.

Quitte la clinique le *9e jour* et va chez le photographe.

Le *14e jour*, les cicatrices sont remarquablement linéaires; c'est la réunion la plus parfaite que j'aie vue.

Obs. XVIII. — M. X..., cinquante-neuf ans, cultivateur, vigoureux, très grand et bien conservé.

Il y a vingt-cinq ans qu'il vit apparaître une grosseur dans le lobe gauche de sa thyroïde.

Depuis deux ans, malgré l'iodure de potassium et la teinture d'iode employés pendant des années *intus et extra,* la tumeur a pris un rapide développement. L'oppression qui commença à se manifester il y a quinze ans s'est accrue d'une façon inquiétante durant ces deux dernières années. Le malade était obligé de se coucher à droite et ces derniers temps il dut renoncer à tout travail tant les accès de suffocation étaient intenses au moindre effort.

On a dit au malade qu'une opération était nécessaire et il vient à Genève, bien décidé à s'y soumettre plutôt que d'endurer encore les suffocations dont il comprend la gravité.

La déviation du larynx à droite est considérable. La tumeur forme sur la ligne médiane un relief du volume d'une grosse orange. Il semble que cette masse soit isolée; on pourrait la croire développée aux dépens de l'isthme du corps thyroïde. Il n'en est rien, elle ne représente en réalité que la partie antérieure d'une masse d'égale grosseur qui a son point d'origine dans le lobe gauche.

A droite, au devant du sterno-mastoïdien, on trouve encore par la palpation une petite tumeur arrondie grosse comme une noix et dure comme une pierre.

C'est une dégénérescence calcaire du lobe droit.

L'urgence d'une intervention chirurgicale ne saurait faire l'ombre d'un doute, l'hésitation ne peut porter que sur la nature et l'étendue de cette intervention.

Les accès de suffocation se rapprochent, mais ils ne me paraissent pas dépendants d'un ramollissement marqué de la trachée, je les crois plutôt dus au volume de la tumeur, à la compression qu'elle exerce et surtout à la déviation notable qu'elle inflige au larynx.

Le 26 janvier 1892, anesthésie par l'éther.

Incision de 15 centimètres longeant le sterno-cléido-mastoïdien gauche pour se terminer au niveau de l'articulation sterno-claviculaire.

Le réseau veineux est fortement développé, jusque vers la région mammaire. De nombreuses pinces sont placées et de grosses veines sectionnées. Le paucier est épais, nous incisons et lions tout ce qui barre le chemin. Il s'agit d'avoir du jour. La capsule thyroïdienne est peu épaisse et facile à séparer. Lorsque tout le monde est prêt à affronter le dernier temps de l'opération, je passe rapidement la main autour de la tumeur que j'isole de mon mieux. Je m'aperçois alors que la masse, pour bilobée qu'elle soit, n'en est pas moins une masse unique, partout continue à elle-même et s'étendant jusqu'aux confins de la région parotidienne.

Je détache très promptement avec les mains, puis à coups de pinces et de ciseaux toute la tumeur que je finis par énucléer en entier.

Ce premier temps de l'opération a duré dix-huit minutes.

L'hémorragie est moins forte qu'on ne pouvait s'y attendre, environ 25 ligatures sont indispensables.

En examinant la pièce, nous trouvons qu'à la partie postérieure l'adhérence de la tumeur à la capsule était si intime qu'une partie de celle-ci a été énucléée avec le goitre.

Il n'en résultera d'ailleurs aucun inconvénient.

Drainage par 2 gros tubes de caoutchouc.

Suture de la capsule et des muscles au catgut.

Suture de la peau à la soie. Durée de l'opération trente minutes. Le soir, T. 38°,2.

28 janvier. — Le malade se lève. Pansement, — peu de suintement. T. 38°,0-38°,4.

29. — Les drains sont supprimés. T. 37°,9-38°,2.

30. — Pansement. T. 37°,3-37°,9.

31. — Les sutures sont enlevées. T. 37°,4-37°,4. La réunion est parfaite, sauf au niveau du passage du drain qui nécessite encore quatre jours pour être entièrement cicatrisé.

Comme précédemment nous retrouvons presque toujours le goitre à droite.

Dans l'Obs. XVII, il est bilatéral, mais c'est le lobe droit qui a été le premier envahi, c'est lui aussi qui présente la tumeur la plus volumineuse. Ce n'est que dans notre dernier cas que le goitre est nettement à gauche.

Les malades étaient âgés de : vingt-six, soixante-deux, vingt-sept et cinquante-neuf ans.

Pour le *sexe*, la proposition que nous avons énoncée se trouve renversée. Nous avons trois goitreux pour une goitreuse; mais cela n'en laisse pas moins subsister la prépondérance du sexe faible, établie par la statistique précédente :

11 femmes pour 7 hommes.

Quant à leur nature, les trois premières tumeurs étaient kystiques, à loges généralement multiples et serrées; la dernière parenchymateuse.

La durée de l'opération a été de : 30, 35, 35 et 30 minutes.

Le traitement a duré : 6, 40, 9 et 9 jours.

La plus haute température notée a été 38°,9 une seule fois, le deuxième soir (Obs. XVI).

Tous les opérés se sont levés à partir du deuxième jour.

Fermement convaincu de la supériorité de l'énucléation, je l'ai tentée dans ces quatre nouveaux cas, et pour ne l'avoir pas toujours réussie d'une manière parfaite, je n'en suis pas moins encouragé à publier ces insuccès partiels par l'espoir qu'il est peut-être de quelque utilité d'en examiner les causes.

Dans l'Obs. XV, j'ai dû renoncer à l'énucléation et recourir à l'extirpation du lobe droit.

L'examen de la pièce m'a prouvé que j'aurais eu tort de m'obstiner, vu qu'avec la meilleure volonté du monde je n'aurais pu aboutir.

La capsule, infiniment mince et sans résistance en avant, était au contraire impossible à détacher en arrière à cause de ses adhérences intimes.

Que faire en pareil cas, sinon se résigner et changer de plan?

C'est le parti que j'ai pris.

Le lobe gauche tout entier et l'isthme qui ont pu être conservés représentent encore une masse suffisante de tissu thyroïdien pour que des accidents généraux ne risquent pas de me faire regretter cette décision.

Pour le cas XVI, je pensais pouvoir passer aisément derrière un gros kyste facile à contourner, et de fait je crus, jusqu'à la fin, avoir atteint ce résultat. Ce n'est qu'en examinant soigneusement la pièce que je dus reconnaître qu'un écart avait été commis.

Ma main, qui semblait avoir glissé entre la tumeur et son enveloppe, avait en réalité crevé cette dernière et arraché avec la tumeur la couche de tissu thyroïdien qui y adhérait. Rendu plus attentif par cet incident, j'apportai toute mon attention au cas suivant, Obs. XVII. Précaution inutile, l'énucléation des deux tumeurs (on se souvient que l'une occupait le lobe droit, l'autre le gauche) se fit sans accroc; à peine quelques soins furent-ils nécessaires au début pour conserver intacte la capsule d'une minceur extrême.

Plus le décollement avançait, plus je rencontrai la glande épaisse et facile à isoler.

Le cas XVIII me met de nouveau en présence d'une capsule assez

comparable à celle du N° XVI, c'est-à-dire partout mince et fragile, sauf en arrière.

Le décollement se fit bien au début, mais il me fallut bientôt travailler de force avec la main, puis avec les pinces et les ciseaux, pour mener vivement l'énucléation de cette tumeur, qui pesait plus de 500 grammes.

On me pardonnera d'avoir, là encore, perforé du doigt la capsule et ramené avec elle un morceau de tissu thyroïdien, si l'on considère la rapidité avec laquelle doit marcher un décollement qui se fait au milieu du sang, loin de la vue et avec la menace constante de troubles respiratoires.

Il faut avoir passé par là pour comprendre comment l'accident se produit; je dis accident pour charger le coupable, car au fait cette déchirure involontaire n'a pas eu de conséquences funestes. Elle était d'ailleurs presque inévitable en raison de l'adhérence intime de la face postérieure de la tumeur au tissu thyroïdien. Il ne faut pas oublier non plus que durant les derniers instants de l'opération, le seul guide dont on dispose est le sens du toucher que les efforts émoussent bientôt, surtout lorsqu'on doit, pour rompre des adhérences très serrées, employer une grande force.

Tout ceci est pour nous faire réfléchir et affirmer une fois encore que dans l'énucléation le point capital est de mettre à nu la tumeur et, ce premier point acquis, de ne plus la quitter... *si possible!*

Encore une remarque :

Dans les goitres volumineux, analogues à ceux que je viens de décrire, il se présente deux circonstances qu'on pourrait résumer ainsi :

1° *La masse de la tumeur est souvent en raison inverse de l'épaisseur de l'enveloppe thyroïdienne.*

2° La vascularisation de celle-ci *est moins considérable qu'on ne pourrait s'y attendre.*

Il en résulte que si d'une part il est facile de vaincre la faible résistance de cette enveloppe amincie et d'y faire une brèche, de l'autre on aura moins à redouter l'hémorragie qui aurait pu devenir grave si, comme dans les cas de goitres peu volumineux, le tissu thyroïdien avait conservé son épaisseur et sa structure presque normales.

J'entends par là que plus la tumeur est importante, plus le tissu thyroïdien qui l'entoure est distendu, aminci et que plus cette distension s'accentue, plus elle exerce son action sur les vaisseaux qu'elle allonge et amoindrit pour ainsi dire.

Ceci explique comment l'hémorragie n'est pas exactement proportionnelle au volume des goitres.

Dans ceux de *moyen volume* qui ont mieux respecté la structure primitive de la glande, l'hémorragie risque de se présenter plus intense.

Je ne parle, bien entendu, que des faits que j'ai observés et n'ai point la prétention d'ériger en loi cette simple remarque.

Et cependant cet amincissement des tissus et cet aplatissement des voies circulatoires ne doivent-ils pas résulter presque fatalement de l'accroissement excessif de la tumeur?

Sont-ils chose exceptionnelle, fréquente ou constante?

C'est ce que j'espère pouvoir vérifier.

Les planches qui accompagnent ces observations sont pour la plupart assez nettes pour qu'une simple légende explicative soit suffisante.

On distingue aisément la ligne de cicatrice jeune ou vieille.

Les secondes épreuves ont été ordinairement prises peu de temps après l'opération, généralement le jour où le malade quittait la clinique.

D'autres ont été faites beaucoup plus tard, afin de permettre d'apprécier les résultats éloignés.

Coulommiers. — Imp. Paul BRODARD

DE L'ÉNUCLÉATION DANS LE TRAITEMENT DU GOITRE

Par le Prof. Auguste Reverdin (de Genève).

Pl. I.

OBSERVATION I









OBSERVATION IV

OBSERVATION II

F. THÉVOZ & Cº. GENÈVE

Planche I

Observation I

Femme de trente ans. — Goitre parenchymateux. — Extirpation partielle (durée, 25 minutes). Guérison. — Résultat le douzième jour.

Observation II

Femme de cinquante-huit ans. — Goitre parenchymateux. — Extirpation partielle (durée, 60 minutes). — Guérison en 6 jours. — Résultat 3 mois après.

Observation IV

Homme de cinquante-trois ans. — Goitre parenchymateux. — Extirpation partielle (durée, 1 heure 10 minutes). — Guérison en 4 jours. — Résultat le quinzième jour.

PL. II.

OBSERVATION V









OBSERVATION VI

F. THÉVOZ & C°, GENÈVE

Planche II

Observation V

Homme de quarante ans. — Goitre parenchymateux. — Extirpation partielle (durée, 1 heure 15 minutes). — Guérison. — Résultat le treizième jour.

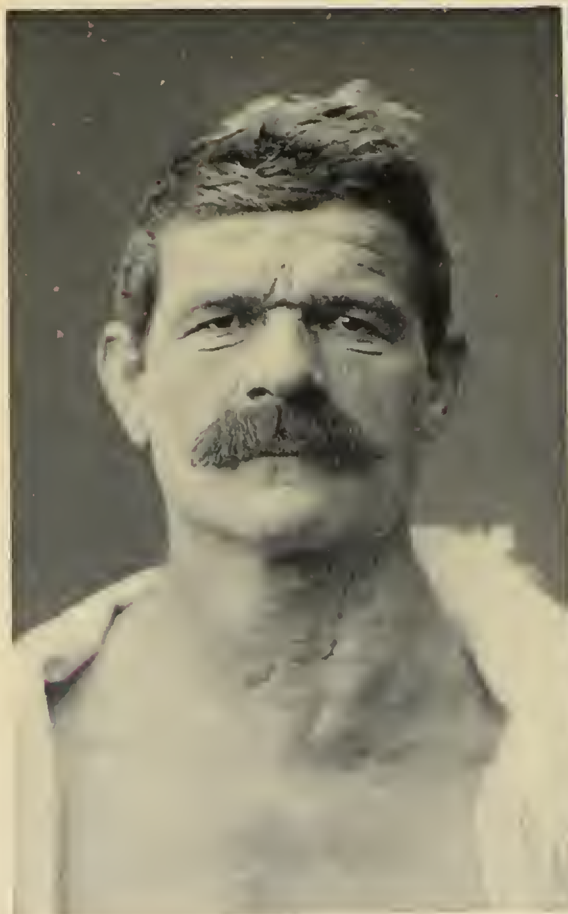
Observation VI

Homme de vingt-deux ans. — Goitre kystique. — Extirpation partielle (durée, 20 minutes). — Guérison. — Résultat le neuvième jour.

OBSERVATION VII









F. THÉVOZ & Cie, GENÈVE

Planche III

Observation VII

Homme de quarante-sept ans. — Goitre parenchymateux. — Extirpation partielle (durée 2 heures 30 minutes). Guérison. — Résultat le vingt-sixième jour.

PL. IV.

OBSERVATION VIII









OBSERVATION IX

F. THÉVOZ & Cie, GENÈVE

Planche IV

Observation VIII

Femme de vingt-sept ans. — Goitre kystique. — Énucléation (durée, 20 minutes). — Guérison. — Résultat le cinquième jour.

Observation IX

Femme de vingt-cinq ans. — Goitre kystique. — Énucléation (durée, 25 minutes). — Guérison. — Résultat le septième jour.

PL. V.

OBSERVATION XI









OBSERVATION XII

F. THÉVOZ & C°, GENÈVE

Planche V

Observation XI

Femme de quarante-deux ans. — Goitre kystique. — Énucléation (durée, 26 minutes). — Guérison. — Résultat le septième jour.

Observation XII

Femme de trente-huit ans. — Goitre adénoïde. — Énucléation (durée, 30 minutes). — Guérison. — Résultat le sixième jour.

OBSERVATION XIII





OBSERVATION XIV

F. THÉVOZ & Cie, GENÈVE

Planche VI

Observation XIII

Femme de vingt-sept ans. — Goitre kystique. — Énucléation (durée, 35 minutes). — Guérison. — Résultat le sixième jour.

Observation XIV

Homme de vingt-deux ans. — Goitre adénoïde. — Énucléation (durée, 30 minutes). — Guérison le sixième jour. — Résultat quatre mois après.

PI. VII.

OBSERVATION XV





OBSERVATION XVI

F. THÉVOZ & Cie, GENÈVE

Planche VII

Observation XV

Homme de vingt-cinq ans. — Goitre adénoïde. — Extirpation partielle (durée, 30 minutes). — Guérison. — Résultat le sixième jour. — Le bandage composé de bandelettes collodionnées a été conservé.

Observation XVI

Homme de soixante-deux ans. — Goitre kystique. — Énucléation (durée, 35 minutes). — Guérison. Résultat le sixième jour. Un écoulement de peu d'importance a persisté pendant une quarantaine de jours; il provenait sans doute d'une partie de capsule thyroïdienne un peu trop contusionnée au cours de l'énucléation.

Le trait noir qu'on remarque au cou indique le point où battait la carotide.

Pl. VIII.

OBSERVATION XVIII



F. THÉVOZ & C°, GENÈVE

Planche VIII

Observation XVIII

Homme de cinquante-neuf ans. — Goitre parenchymateux. — Énucléation (durée, 30 minutes). — Une portion de la capsule thyroïdienne a été déchirée pendant les manœuvres d'énucléation ; malgré cela, guérison absolue en 9 jours. — Résultat le sixième jour.